

ENTORNO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL CENTRO VIDA
DE LA COMUNA SEIS DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO

ANA PATRICIA ROJAS GÓMEZ
AMARILIS ORTEGA GAMERO

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN SALUD FAMILIAR
INVESTIGACION II
VILLAVICENCIO
2016

ENTORNO FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR QUE ASISTE AL CENTRO VIDA
DE LA COMUNA SEIS DEL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO

ANA PATRICIA ROJAS GÓMEZ
Código 40218197
AMARILIS ORTEGA GAMERO
Código 834200811

INFORME FINAL DEL CURSO INVESTIGACIÓN SOCIAL II

Directora
EMILCE SALAMANCA RAMOS

UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACIÓN EN SALUD FAMILIAR
INVESTIGACION II
VILLAVICENCIO
2016

Nota de aceptación:

Firma del Presidente de Jurado

Director de Programa

Director trabajo de grado

Firma Jurado

Firma Jurado

Villavicencio, septiembre de 2016.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	8
1. JUSTIFICACIÓN.....	9
2. OBJETIVOS MACRO PROYECTO.....	13
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
2.3 OBJETIVO GENERAL EPI.....	13
2.4 OBJETIVO ESPECIFICO EPI.....	13
3. MARCO REFERENCIAL.....	15
3.1 MARCO TEÓRICO.....	15
3.1.1 Dinámica de familia.....	15
3.1.2 Seguridad económica.....	20
3.1.3 Envejecimiento.....	21
3.1.4 Necesidades del adulto mayor.....	28
3.1.5 Enfoque sistémico.....	31
3.2 MARCO INVESTIGATIVO.....	33
3.3 MARCO LEGAL.....	38
3.4 MARCO CONCEPTUAL.....	41
4. METODOLOGÍA.....	43
4.1 DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO.....	43
4.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	45
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	45
4.4 INSTRUMENTOS.....	45
4.5 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	45
4.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	46
5. RESULTADOS.....	47
5.1 DINÁMICAS FAMILIARES.....	47
5.2 PERCEPCIONES LA VEJEZ Y EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO.....	49
5.3 CARACTERÍSTICAS SOCIALES, ECONÓMICAS Y CULTURALES DE LOS ADULTOS MAYORES.....	50
6. DISCUSIÓN.....	52
7. CONCLUSIONES.....	55
8. RECOMENDACIONES.....	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXOS.....	61

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de adultos mayores por barrio y comuna de Villavicencio	10
Tabla 2. Áreas o dimensiones del desarrollo.	24

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Esquema de las perspectivas teóricas más destacadas del desarrollo humano en la unidimensionalidad.	23
Figura 2. El desarrollo es multidimensional o interdisciplinario	23
Figura 3. Necesidades de Maslow.	29
Figura 4. Mapa de Villavicencio.	43
Figura 5. Comuna 6, municipio de Villavicencio	44

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Formato entrevista modelo Circumplejo de Olson	61
Anexo 2. Transcripción entrevista en audio familia Leal.	64
Anexo 3. Formato de consentimiento informado Familia Leal.	72
Anexo 4. Categorías	73
Anexo 5. Diario de Campo	81
Anexo 6. Tomas fotográficas de la visita realizada al adulto mayor	84

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se deriva del Macro proyecto Entorno familiar del adulto mayor de los centros vida de la ciudad de Villavicencio, que tiene como propósito identificar los cambios que se generan a través del ciclo de la vida del adulto mayor. La investigación busca indagar sobre el entorno familiar analizando el ambiente social, económico y cultural en el que se desenvuelve el adulto mayor de la comuna seis de ciudad de Villavicencio. A partir de ahí, aportar elementos orientadores que incidan en la formación de profesionales en el área de salud y en las políticas públicas para fortalecer la calidad de vida en la etapa de la vejez

Siendo la tercera edad, una etapa de gran relevancia en el individuo y tomando como base la autorrealización como persona, como miembro de una familia, y de una sociedad. En ese sentido, es indispensable señalar que cada individuo tiene una serie de metas, proyectos e ideales que durante el tiempo de vida logra alcanzar, y es en esta última etapa en la que han alcanzado la mayoría de sus proyectos y llega la necesidad de iniciar nuevos hábitos de vida saludable en pro de un bienestar físico, orgánico y mental estable, lo cual es la finalidad de los centros vida de la ciudad de Villavicencio

Pero lo realmente importante en la presente investigación es resaltar la manera como se relacionan entre sí, el adulto mayor y su familia para identificar el tipo de dinámica familiar del adulto que asiste al centro vida de la asociación San Benito Comuna 6.

La visión sistémica de la familia involucro el análisis de la doctora Beatriz Zuluaga, quien señala que para identificar las relaciones del núcleo familiar es necesario identificar la estructura de su funcionamiento es decir tamaño, parentesco y formas de unión; otro componente es el sistema relacional donde se observan los roles, la comunicación, el vínculo, el afecto y la cohesión de sus miembros y finalmente el momento evolutivo en relación a los aspectos trascendentales.

Para alcanzar el objetivo de esta investigación se utilizó como herramienta metodológica la entrevista abierta, diario de campo, observación directa y el Modelo Circumplejo de Olson, el cual evalúa la adaptabilidad y la cohesión de la familia, dado que el estudio se realizó bajo un enfoque cualitativo, desde una perspectiva etnográfica.

1. JUSTIFICACIÓN

El Censo general del 2005 encontró que las personas mayores de 65 años conviven en un 98.8% con sus familias. Esta situación refleja el contexto sociodemográfico posterior al año 1993 según el cual, al menos en uno de cada 4 hogares colombianos vive un adulto mayor. Mientras una tercera parte de los hombres mayores de 60 años convive en hogares de dos generaciones (con su cónyuge y sus hijos), una tercera parte de mujeres de la misma edad convive en hogares de tres generaciones (por lo general con sus hijos y nietos solamente), debido al mayor porcentaje de viudez para ellas (1). De tal manera que la presente investigación pretendió conocer las dinámicas familiares que se presentan al interior del núcleo familiar del adulto mayor, para lo cual se describirán los cambios en la parte social, económica y cultural que se dan en el ciclo de vida del adulto mayor.

La población que llega a los 60 años, conocida en nuestra cultura nacional como adulto mayor ha crecido más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países en los últimos años y se calcula un crecimiento debido al aumento de la esperanza de vida y a la reducción del número de hijos que se tiene en las diferentes sociedades, esto debido a un cambio cultural de forma de ver y vivir la vida.

En Colombia en el periodo comprendido entre 2005 y 2011 hay en promedio 4.628.394 personas adultas mayores de 60 años, cifra que representa el 10% del total de la población (46.044.601), según proyecciones del DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) muestran que para el año 2020 el total de la población es de 50.911.747, por tanto, en el país alrededor de 6.500.000 personas mayores, lo que marca un crecimiento aproximado del 39,2% con respecto a 2011, Bogotá con un 55%; Atlántico con un 43,2%; Antioquia con un 42,2% y Córdoba con un 38,8% se encuentran entre las ciudades y departamentos que más crecimiento porcentual tendrán para ese año.

Con las cifras como referencia, es importante señalar que el aumento de la población en la etapa de envejecimiento es alta, por tanto, se hace necesario analizar el contexto en el cual se encuentra el adulto mayor con el fin de describir las características que presenta su entorno familiar (relaciones, roles), en la parte económica (estrato, ingresos económicos) y cultural (hábitos, barrio, religión estructura social, interacción con los demás miembros de la comunidad).

La población del departamento del Meta para el año 2001 según las proyecciones del censo hecho por el Departamento administrativo Nacional de estadística DANE 1993, es de 714.659 habitantes, distribuidos en 29 municipios en su mayoría situado a lo largo del piedemonte llanero.

Villavicencio, cuenta con 367.445 habitantes, siendo el 45.8% la población del departamento del Meta, a su vez cuenta con una población adulta mayor de 27.736 personas las cuales representan un 7.2% de la población general. Información que entrega el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística), esta población adulta mayor está distribuida según la tabla de datos que arroja la alcaldía de Villavicencio contemplada en su plan de Desarrollo “GOBIERNO DE LA CIUDAD 2012-1015” de la siguiente manera:

Tabla 1. Distribución de adultos mayores por barrio y comuna de Villavicencio

COMUNA	PERSONAS	BARRIOS	DISTRIBUCIÓN EN %
1	439	30	8
2	644	22	6
3	862	26	7
4	2.381	62	16
5	2.010	55	14
6	329	26	7
7	761	41	10
8	2577	64	16
URBANO	10.003	326	83
RURAL	493	66	17
TOTAL	10.496	392	100

Fuente: Proyecto de acuerdo 026 del 2015 (pág. 18)

A nivel del municipio de Villavicencio, según cifras de la Secretaría de Gestión Social durante el gobierno del ex Alcalde Juan Guillermo Zuluaga, entre julio y septiembre del año 2015 han sido atendidos cerca de 100 adultos mayores en condiciones precarias y que no cuentan con seguridad social, llegando a recibir cada semana entre tres a cuatro casos (2). En relación a las condiciones de seguridad y cuidado del adulto mayor, es importante mencionar que la satisfacción de las necesidades básicas (salud, vivienda, recreación) que promueven los centros vida de la ciudad de Villavicencio los cuales fomentan el cuidado y protección del adulto mayor, además de brindar apoyo psicosocial, de salud y bienestar social, entre otras; con el fin de mejorar la calidad de vida del adulto mayor que asiste a este centro.

El panorama de la vejez se refleja perfectamente en lo que reconoce el PROYECTO DE ACUERDO No. 026 DE 2015 “Por medio del cual se adopta la política pública de Envejecimiento y Vejez en el municipio de Villavicencio” (3) y que por ser una descripción que muestra la realidad del adulto mayor se presenta a continuación:

Reconociendo la situación dice la administración del gobierno de la ciudad que según cifras del DANE, actualmente el 80% de los adultos mayores no reciben pensión, ni pertenecen al sistema de salud, ello sin olvidar que los pensionados son excluidos de las mayorías de actividades económicas, pues las entidades crediticias no los tienen en cuenta, a razón de que son más propensos a sufrir algún accidente o a morir por alguna enfermedad e incluso en las empresas exequiales y funerarias hay un límite de edad para hacer sus afiliaciones (60-75 años). Gran parte de la población colombiana está compuesta por la tercera edad desafortunadamente este sector se ha visto muy desprotegido y los adultos mayores se ven obligados a buscar diferentes maneras de sustento, en los estratos bajos la actividad más común por parte de la tercera edad, es recurrir a la mendicidad, pues en muchas ocasiones son abandonados por sus familias al no generar ningún ingreso económico, la sociedad los excluye de toda posibilidad de trabajo y por ende no tienen manera de obtener dinero ni cuidados especiales.

Hay un diagnóstico que señala abiertamente que lo que reina en la gestión social en Villavicencio en materia de adultos mayores es el abandono de sus familias y la sociedad, es la desprotección de cuidadores especiales y especializados, son la desnutrición e incluso el hambre, los que tratan de mantenerse con el rebusque informal, con el ejercicio de la indigencia y de la presencia terrible de ancianos y ancianas pordioseros. (3)

En ese orden de ideas, la investigación busca aportar elementos orientadores que incidan en la formación de profesionales en el área de salud y en políticas públicas para fortalecer la calidad de vida en la vejez. En la actualidad los hogares geriátricos no cuentan con disponibilidad en la logística, además de la limitación en los recursos que les permita ampliar la cobertura para el adulto mayor (2).

Es de gran relevancia destacar que las políticas internacionales de cuidado y protección del adulto mayor, se fundamentan en el cumplimiento de los derechos humanos, promoviendo el envejecimiento saludable.

La primera razón por la cual se realiza esta investigación es porque al igual que lo mencionado con anterioridad la OMS también motiva a que se profundice en el adulto mayor, debido a que la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados.

La segunda razón por la que esta investigación es importante es para empezar a conocer y valorar las personas mayores como agentes contribuyentes al desarrollo sostenible, una de las muchas maneras en que un adulto contribuye es en la producción de alimentos y en la crianza de las generaciones futuras, que no solo ayuda a fomentar una sociedad más equitativa, si no que probablemente refuerce el desarrollo al apoyar estas contribuciones, las cuales a su vez son generadoras de bienestar y salud.

“Colombia ha trabajado y se ha comprometido a nivel internacional frente al tema de vejez y envejecimiento en diferentes escenarios como la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del Cairo en 1994, el Plan Internacional de Acción de Madrid en 2000, entre otros, así como la formulación de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez (2007-2019)” (4)

Es lo que menciona Lina María González, médica psiquiatra con trabajo en adulto mayor y consultora del tema para la Fundación Saldarriaga Concha.

Sin dejar de lado que al ser un adulto mayor que convive con su familia en el municipio de Villavicencio, también su gobernante es responsable del bienestar del adulto mayor y sus integrantes y es quien debe liderar una cultura del envejecimiento que promueva una imagen positiva y no discriminatoria donde se reconozca, respete y promueva sus derechos.

Es por eso que el punto focal de esta investigación es conocer el entorno del adulto mayor que asiste al centro vida de la comuna 6 del municipio de Villavicencio, con el fin de que los resultados obtenidos sirvan de base y sustento para la idónea generación de programas que realmente logren un impacto social significativo.

2. OBJETIVOS MACRO PROYECTO

2.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el entorno familiar de los adultos mayores de los Centro Vida del municipio de Villavicencio de la comuna seis, con el propósito de aportar elementos orientadores que incidan en la formación de profesionales en el área de salud y en políticas públicas para fortalecer la calidad de vida en la vejez.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar las dinámicas familiares del adulto mayor que se encuentra vinculado en algún programa institucional del municipio de Villavicencio.

Determinar las concepciones de la familia acerca de la vejez y el proceso de envejecimiento.

Conocer las características sociales, económicas y culturales de los adultos mayores vinculados al estudio.

2.3 OBJETIVO GENERAL EPI

Analizar el entorno familiar de los adultos mayores del Centro Vida Asociación San Benito de la comuna seis, del municipio de Villavicencio con el propósito de conocer las dinámicas familiares de esta población.

2.4 OBJETIVO ESPECIFICO EPI

Conocer las dinámicas familiares del adulto mayor que se encuentra vinculado al centro vida de la comuna 6 el cual se encuentra en el barrio del municipio de Villavicencio.

Determinar las concepciones de la familia acerca de la vejez y el proceso de envejecimiento.

Describir las características sociales, económicas y culturales de los adultos mayores vinculados al estudio.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 MARCO TEÓRICO

3.1.1 Dinámica de familia

Según Sánchez (1980), señala que la familia:

“Es un grupo de personas que conviven bajo un mismo techo organizados en roles fijos (padre, madre, hermanos) con un modo de existencia económico, social, afectivo, también regidos por principios y normas conformando así un sistema, un sistema compuesto por personas de diferentes edad, sexo y características” (5)(p. 16).

De lo anterior, se sintetiza que la familia es la unidad fundamental de la sociedad, con nexos de parentesco de tipo legal y consanguíneo y que se constituye por personas de generaciones distintas.

Seguidamente, se retoman las conceptualizaciones de Salvador Minuchin (1977) como se citó en Eguiluz (2003) (6), quien considera que la familia puede verse como:

“Un sistema que opera dentro de otros sistemas más amplios y tiene 3 características: a) su estructura es la de un sistema sociocultural abierto, siempre en proceso de transformación; b) se desarrolla en una serie de etapas marcadas por crisis que la obligan a modificar su estructura, sin perder por ello su identidad (ciclo vital), y c) es capaz de adaptarse a las circunstancias cambiantes del entorno modificando sus reglas y comportamientos para acoplarse a las demandas externas (p. 3).

Al pensar en familia como sistema es importante enmarcar que este está compuesto por varios subsistemas, como los que nos plantea Eguiluz (2003), el subsistema conyugal, que está constituido por ambos miembros de la pareja; el subsistema parental, constituido por los padres e hijos; y el subsistemas fraterno, que está conformado por los hijos. (6) (p. 5).

Tipos de familias.

Con respecto a los tipos de familia, es indispensable tener en cuenta que los continuos cambios sociales han llevado a la generación de nuevas clases de familia, de ahí, que Rugulo, Sánchez & Tula (2009) describen:

- “a). Familia nuclear: compuesta por dos adultos, que ejercen el papel de padres, y sus hijos.
- b). Familias agregadas: la pareja vive junta, pero sin haber formalizado el matrimonio.
- c). Familias monoparentales: convivencia de un solo miembro de la pareja (varón o mujer) con hijos no emancipados. En ocasiones, en este tipo de familias, uno de los hijos desarrolla la otra figura parental.

- d). Familias mezcladas o reconstituidas: formadas por uniones en las que al menos uno de los miembros tiene niños de una relación previa.
- e). Familias nucleares sin hijos: Son las familias que no tienen hijos en el hogar. Se da una mayor oportunidad a la pareja para enfocarse el uno en el otro.
- f). Familias de abuelos: en ocasiones se trata de personas de edad avanzada que viven solas, sin hijos ni hijas, ni parientes más jóvenes que se ocupen de ellas.
- g). Familia extensa: incluye otros parientes aparte de los padres e hijos. Los abuelos, los tíos y los primos son todos parte de una familia extensa.
- h). Familias de complementación o suplencia: las nuevas figuras jurídicas del acogimiento familiar y de la adopción, nos permiten prever la existencia de este tipo de familias en el futuro". (7) (p. 42-46).

Estructuras familiares: En este contexto, la estructura familiar es el conjunto de pautas funcionales consistentes o inconsistentes que organizan los modos en los que interactúan los miembros de la familia. (Valdés, Márquez & Rendón. (2007). (8)

a). Subsistema conyugal: compuesto por la pareja, unida por el vínculo de afecto que les ha hecho formar una familia, es decir una comunidad de metas e intereses. Entre los miembros de la pareja negocian, organizan las bases de la convivencia y mantienen una actitud de reciprocidad interna y en relación con otros sistemas. (8) (p. 21)

b). Subsistema parental: se refiere a las mismas personas que forman el subsistema conyugal, pero desde el punto de vista de su rol como padres y con un vínculo afectivo, además de biológico (no siempre) con los hijos. Ha de desarrollar habilidades de socialización, nutritivas y educativas. (8) (p. 22)

c). Subsistema filial: formado por los hijos. Puede contemplarse el subsistema fraterno, formado por esos mismos individuos pero descritos en función de sus relaciones como hermanos. Podrían darse también otras variantes en función del sexo o edad, especialmente en familias numerosas. La relación con los padres y entre los hermanos ayuda al aprendizaje de la negociación, cooperación y relación con figuras de autoridad y entre iguales. (8) (p. 22)

Relaciones familiares: Es importante mencionar que las relaciones familiares según la Organización Mundial de la Salud (2001) (9)son:

Las relaciones de parentesco, con los miembros del núcleo familiar, con otros familiares, con la familia adoptiva o de acogida y con padrastros, madrastras, hijastros y hermanastros, relaciones más distantes como primos segundos o responsables legales de la custodia. (9)

De otra parte, los diferentes aportes teóricos describen que las relaciones familiares, son complejas a la hora de establecer una definición, sin embargo autores como Cusinato (1994), Gimeno (1999), Satir (1978), Hernández (1998) y Sarmiento (1994), consideran que la relación es un proceso de interacción entre

los miembros de una familia, lo cual conduce a la construcción de la siguientes definición: las relaciones familiares están construidas por las interacciones entre los miembros que integran el sistema. (10)(p. 96).

De ahí, que las interacciones establecen lazos que le permiten a los miembros de la familia permanecer unidos y luchar por alcanzar las metas propuestas. Estas interacciones se generan a través de la comunicación, la cual se convierte en una herramienta facilitadora a la hora de solucionar conflictos, para establecer normas y reglas que modifican la convivencia en el grupo familiar.

Neuburger (1988) como se cita en Tovar, 2003, señala que la relación con la pareja se empieza a definir no solo desde que se inicia la relación, sino se ve influenciada por las relaciones existentes desde la infancia con el género contrario; es decir, esta relación se empieza a vislumbrar desde las primeras relaciones dentro del ámbito familiar entre padres e hijos, en donde de acuerdo a la relación que la niña tenga con su padre o el niño con su madre se adquieren diferentes comportamientos y patrones con relación al significado del amor, el trabajo en equipo, la cooperación, la adquisición de roles en pareja. (p. 20).⁽³⁸⁾

Según Gutiérrez (2006), el proceso de socialización de la familia, se entiende: Como aquel que le proporciona al ser humano los elementos necesarios para adaptarse y asumir los aspectos culturales del medio en el cual se desenvuelve, gracias a la interrelación con los grupos básicos de interacción: familia, pares, escuela, etc. Es así como el individuo, inicia la introyección de comportamientos y conductas, reconocidas por el contexto familiar y social como aceptadas y válidas; siendo asimiladas por repetición hasta convertirse en hábitos. (11) (p. 15).

Los seres humanos evidencian su estructura personal gracias a sus actuaciones pero no se debe olvidar que tras ellas se encuentran como soporte los hábitos, las costumbres y los referentes axiológicos, los valores, que llevan a cada individuo a vivir de acuerdo con los referentes humanos asimilados en los procesos socializadores aportados en sus diversos núcleos de relación primaria. (12)(p. 17).

De otra parte, la construcción de normas y valores en la familia se encuentran inmersos en las conceptualizaciones formulados por autores sobre el tema desde referentes psicológicos para tratar de establecer como emerge el desarrollo moral de la persona y la forma como estructura sus referentes axiológicos, como son Jean Piaget (1974) y Lawrence Kohlberg (1978). Ellos le han otorgado un enfoque cognitivo estructural al estudio del desarrollo moral del hombre y propusieron la idea del tránsito en el desarrollo del hombre del estadio heterónomo al estadio autónomo, lo cual coincide plenamente con el criterio de la autorregulación moral como el nivel superior de la autorregulación de la personalidad. (12)(p. 17).

De otra parte, Gutiérrez (2006), considera que la familiar por ser uno de los núcleos primarios de relación de la personas, en el que se gestan y establecen las

bases para las relaciones interpersonales entre sus integrantes y los demás miembros de la sociedad, se convierte en el espacio por excelencia donde se genera el desarrollo psicológico, cognitivo y expresivo del ser humano. Este proceso va estrechamente relacionado con la adquisición de los rasgos y valores culturales gracias los cuales el individuo aprende a asumir diversos roles y formas de ser y actuar, asumiendo las bases para la estructuración de su ser comportamental, de ahí que se pueda afirmar que las relaciones interpersonales que se establezcan en el hogar serán el factor preponderante en el desarrollo del individuo. (12)(p. 19).

De otra parte, la familia es un sistema de tipo psicológico cuyas interacciones son de carácter comunicacional. Para todas y cada una de las personas nacidas en una familia, su origen fue una comunicación biológica, el encuentro de dos células materna y paterna. Luego poco a poco, fue creciendo en una interacción biológica constante e intensa. Después del nacimiento ocurre algo similar, primero, estableciendo con la madre una relación de apego, inicialmente para satisfacer las necesidades básicas, aspecto que favorece notablemente el desarrollo cognoscitivo e inmunológico, luego a medida que se desarrollan socialmente (la persona en cuestión y el objeto de inter-comunicación) empiezan a entablar diferentes relaciones con los miembros de la familia. Se inicia la imitación conductas y reproducción de roles que se observaban en los demás. (13)

Estructura en la interacción familiar como organización y base de la sociedad se apoya en las diferentes maneras de relacionarse.

Individual: hace referencia al sí mismo, es la persona en sí.

Conyugal: se relaciona con la pareja como tal. Es básico para el crecimiento de los hijos. La pareja determina las reglas dentro de la familia. En el subsistema conyugal se brinda el apoyo, cariño y satisfacción sexual al interior de la pareja.

Parental: padres e hijos. Dicho subsistema determina las pautas de crianza en el hogar.

Fraternal: hace referencia a los hermanos, que establecen ciertas normas sobre cooperación, apoyo, etc.

La Estructura familiar o jerarquía: es la distribución de los diferentes miembros de la familia con relación al poder o la autoridad.

Dinámica de familia:

Para hacer mención a la dinámica de familia, se retoma los postulados de Minuchin (1977) define la estructura familiar como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros

de una familia” (14). Por tanto, cada una de estas pautas establece las relaciones de cada miembro del núcleo familiar, además de analizar cómo influye la conducta de sus miembros.

En cuanto a la relación de los procesos y la dinámica a nivel interna y externa de la familia, se evidencian pautas en relación a la comunicación, el crecimiento histórico y evolutivo de la familia, los vínculos afectivos, los mecanismos de adaptación y de resolución de conflictos.

Es importante mencionar que la familia es una parte fundamental en la sociedad, la cual le permite al individuo la oportunidad de vivir experiencias que le marcan el transcurso de su vida; de ahí, que es significativo mencionar que dichas experiencias se convierten en un proceso de aprendizaje mancomunado a través del diario vivir. En ese sentido, es importante relacionar los diversos conceptos formulados por los siguientes autores.

Comunicación

Por su parte, la función relacional sirve para decir a otros como nos vemos a nosotros mismos como vemos a los demás y como vemos la interacción con los otros. Es importante esta función en el marco de la familia, pues en ella la percepción del “nosotros” determina del logro de funciones como las de otorgar un espacio para la pertenencia que es un factor decisivo en los procesos de individuación y socialización de los miembros. (12)

A través del análisis de la función relacional, se puede evaluar el grado de complementariedad, simetría e intimidad de las relaciones entre los diversos miembros de la familia.

1. Relaciones complementarias: en ellas se aprecian diferencias entre las personas que intervienen en la relación; estas diferencias se expresan en términos de sumisión-dominación o autoridad. Generalmente existen acuerdos acerca de quien ejerce la autoridad y el control en la relación.
2. Relaciones simétricas: se observa que las personas se perciben entre sí con similitudes que les permiten desarrollar un comportamiento mutuo; se consideran entre sí como iguales y asumen en distintas situaciones funciones de sumisión y autoridad.
3. Relaciones íntimas: se aprecia un alto grado de compromiso y confianza en la relación, existe una comunicación frecuente que por lo general adopta un tono positivo.

Dentro del enfoque de la teoría de comunicación (15) se considera que toda conducta emitida por un miembro de la familia hacia otro de sus integrantes

implica una forma de relacionarse y comunicarse. Es imposible evitar la comunicación, ya que esta se da hasta en los momentos de silencio, por ejemplo, cuando los esposos dejan de hablarse, o cuando los hijos se encierran en su cuarto para no hablar con sus padres.

Rutinas familiares

Dentro de cada familia se va construyendo un sistema de creencias que les permite a sus miembros darle sentido a las distintas pautas de funcionamiento familiar. Dichas creencias influyen en los procesos y la dinámica familiar; a su vez las conductas que se producen como resultado de estas creencias sirven para justificar y mantener las representaciones.

Cita Gutiérrez según Dallos (1996) (12), las creencias son un conjunto perdurable de interpretaciones y premisas acerca de aquello que se considera como cierto; están acompañadas de un fuerte componente emocional y establecen la posición que debe ocupar cada integrante dentro del sistema familiar y su relación con los demás integrantes. Nos permiten “predecir” o “anticipar” las acciones futuras en relación con las personas que entrarían en contacto con nosotros y nos ayudan a tomar decisiones respecto a cómo comportarnos con respecto a los mismos.

Las creencias que se elaboran dentro de una familia tienen un fuerte componente cultural y poseen una enorme influencia en las relaciones que se establecen dentro de los diferentes miembros de la misma.

3.1.2 Seguridad económica

La seguridad económica como conjunto de programas, mecanismos, sistemas o acciones que buscan ofrecer condiciones óptimas para el adulto mayor y les permita asegurar la subsistencia en condiciones dignas. (16)

Desde la visión económica, hace mención a la capacidad de disponer de forma independiente de una cantidad de recursos económicos, regulares y suficientes para garantizar una buena calidad de vida. (7)

Por tanto, es la “capacidad de las personas mayores de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos adecuados y sostenibles que les permitan llevar una vida digna y segura”. (17)

El hecho de contar con seguridad económica permite al adulto mayor asegurar su subsistencia real y efectiva, le otorga capacidad creativa para sobrevivir sobre la base del trabajo, los ingresos, la seguridad social y las políticas públicas integrales con el fin de satisfacer sus necesidades objetivas con buena calidad de vida y disponer de independencia en la toma de decisiones, además mejora la

autoestima producto del desempeño de roles significativos y la participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos derechos. (17)

Se estudia la seguridad económica de las personas mayores a través de dos aspectos la situación económica en la vejez y la posición económica, dado el objetivo de la presente investigación solo se hará referencia al primer aspecto.

La situación económica en la vejez está determinada por su poder adquisitivo, proveniente de diversas fuentes: trabajo, ahorros, jubilación o pensión, entre otras. Se vincula directamente al nivel y tipo de consumo, dependiente de la edad y el estado de salud de la persona, las características de su residencia y los servicios que corran por cuenta del Estado (servicios gratuitos o subsidios). Se basa en el acceso y disposición, por parte del adulto mayor, de ingresos monetarios periódicos y suficientes para satisfacer sus necesidades y mejorar su calidad de vida. (18)

3.1.3 Envejecimiento

El pasado es un recurso natural de cada ser humano que ha tenido una larga vida, deja ver que el adulto de edad avanzada posee una mayor capacidad para valerse de sus propias experiencias y en algunas circunstancias de sus habilidades las cuales le pueden proporcionarles resultados favorables.

La vejez es antes que nada historia y esta palabra viene de la voz latina “vetus” que se deriva de la raíz griega “etos” que significa años, este significado independientemente de la interpretación que cada grupo o cultura haga se reconoce como edad, como un signo del tiempo transcurrido y aquellos cambios que ocurren en este tiempo transcurrido físicos y psicológicos entre los cuales se incluyen la creatividad, las capacidades cognitivas, sensoriales, perceptivas, en la población de personas adultas mayores de 60 años, son los que motiva a investigar sobre la vejez o bien llamada envejecimiento y para conocer, entender y comprender este concepto es importante ahondar en las reflexiones de los siguientes teóricos los cuales permitirán hacer un acercamiento comprensivo a las necesidad de intervención y análisis de las características propias de la vejez.

En los años cincuenta, momento en el que las investigaciones médico-científicas cobraban un mayor auge aparecieron las primeras definiciones de la vejez Peter Medawar, 1953 decía: “la vejez es el cambio fisiológico que sufre el individuo, cuyo término inevitablemente es la muerte”. (19)

De las primeras definiciones que se ofrecieron en la Gerontología, **Lansing** proponía que la vejez “es un proceso progresivo, desfavorable, de cambio ordinariamente ligado al paso del tiempo histórico que se vuelve perceptible después de la madurez y concluye invariablemente en la muerte”. (19)

Golfarb desde la Psiquiatría, señalaba que: “el envejecimiento está mejor definido en términos funcionales como un proceso inevitable y progresivo de menoscabo de la capacidad para adaptarse, ajustarse y sobrevivir. (19)

Durante los últimos años del siglo XX aparecieron más definiciones sobre vejez.

Birren manifiesta “El envejecimiento (...) se refiere a una transformación con el tiempo ordenada y regular de los organismos representativos que viven bajo entornos representativos” (citado por Schaie y Willis, 2003:22). (19)

Point Geis (1997) señala en esta misma línea de pensamiento que el organismo envejece, se transforma y va perdiendo progresivamente sus facultades. (19)

Según esta autora, el envejecimiento “reflejaría la tendencia al desorden que manifestaría un ser vivo organizado como un sistema interrelacionado de sustancias químicas inestables que reaccionan en forma secuencial”. Considera que es una etapa del desarrollo y proceso de evolución del organismo resultado del deterioro funcional, donde el individuo será cada vez más incapaz. (19)

Craig considera que la vejez es un período importante por su naturaleza y que comienza al inicio de los 60 años, aproximadamente. A nivel biológico, dice, el envejecimiento es un fenómeno universal pues “*Todos los sistemas del organismo envejecen incluso en condiciones genéticas y ambientales óptimas, aunque no con la misma rapidez...Muchos de los efectos no se perciben sino hasta los últimos años de la adultez, porque el envejecimiento es gradual y los sistemas físicos poseen una gran capacidad de reserva*” (2001). (19)

Con el surgimiento de áreas nuevas de estudio, como la Gerontología o los aportes de la Psicología del Desarrollo, se fueron incluyendo otros aspectos en la definición como los psicológicos y sociales, los cuales llevaron a considerarla de forma más amplia. (19)

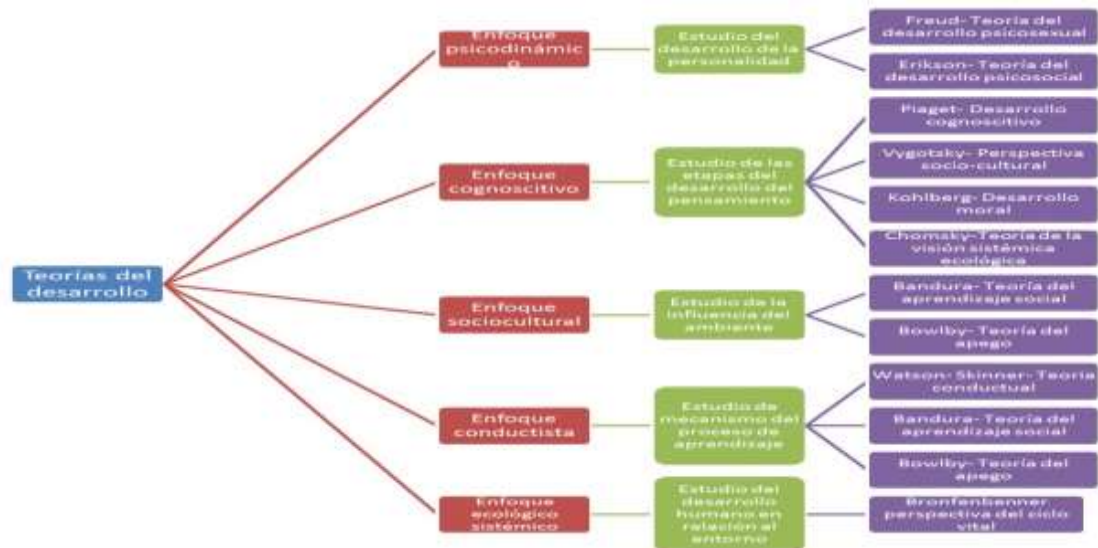
El siguiente esquema muestra como bajo las perspectivas teóricas más destacadas (Freud, Erickson, Kohlberg, Piaget, Vygotsky, Bowlby, Bandura, Chomsky, Bronfenbrenner etc.) se considera el desarrollo humano en la unidimensionalidad. (20)

Teorías del desarrollo humano.

El desarrollo humano un proceso complejo que se divide en 4 dimensiones básicas: desarrollo físico, cognoscitivo, emocional y social. Aunque cada dimensión subraya un aspecto particular del desarrollo hay una interdependencia considerable entre las áreas ejemplo las capacidades cognoscitivas pueden depender de la salud física y emocional como de la experiencia social cada dimensión refleja a las otras (20).

Pero cada área es importante para entender el desarrollo lo que da un aspecto unidisciplinario. El desenvolvimiento y constitución de cada uno de nosotros como sujetos únicos, es el producto de la integración e interdependencia de estas áreas o dimensiones del desarrollo.

Figura 1. Esquema de las perspectivas teóricas más destacadas del desarrollo humano en la unidimensionalidad.



Fuente: Unam.mx. Teoría del desarrollo humano.

Figura 2. El desarrollo es multidimensional o interdisciplinario



Fuente: Unam.mx. Teoría del desarrollo humano.

Tabla 2. Áreas o dimensiones del desarrollo.

Desarrollo físico	Desarrollo cognoscitivo	Desarrollo emocional o socioafectivo	Desarrollo social
Incluye las bases genéticas del desarrollo, el crecimiento físico, de todos los componentes del cuerpo, los cambios en el desarrollo motor, los sentidos y los sistemas corporales con temas de cuidado de la salud, la nutrición, el sueño, el abuso de drogas y el funcionamiento sexual.	Incluye los cambios en los procesos intelectuales del pensamiento, el aprendizaje, el recuerdo, los juicios, la solución de problemas y la comunicación, incluye influencias tanto hereditarias como ambientales en el proceso de desarrollo.	Se refiere al desarrollo del apego, la confianza, la seguridad, el amor y el afecto y una variedad de emociones, sentimientos y temperamentos incluye el desarrollo de concepto de sí mismo y de la autonomía y un análisis de estrés, las perturbaciones emocionales y la conducta de representación.	El desarrollo moral y de los padres y la familia, discute matrimonio, trabajo, roles vocacionales y empleo.

Fuente: Unam.mx. Teoría del desarrollo humano.

Citando a Hinde, al describir esas 4 áreas se ha convertido en una ciencia multidisciplinaria que toma elementos de la biología, fisiología, medicina, educación, psicología, sociología y antropología de cada una de las áreas toma conocimiento para aplicarlo al estudio del desarrollo humano. (20)

Las principales perspectivas teóricas muestran la *multidimensionalidad* ya que cada una de ellas tiene un enfoque distinto para explicar al desarrollo humano unas desde los factores internos (biológicos) y otros externos (ambientales) siendo estos dos de igual importancia. Por tanto el desarrollo humano puede verse en diferentes perspectivas o dimensiones que la componen. (20)

De hecho, algunos autores gerontólogos o psicólogos del desarrollo prefieren utilizar el término envejecimiento en lugar del término “vejez”.

En estas definiciones se incluyen ya elementos subjetivos de tipo psicológico o social, como variables influyentes del envejecimiento y no sólo los aspectos biológicos. (20)

Así, una de las definiciones más utilizadas es la que plantea el estudio de la vejez a partir del envejecimiento primario y del envejecimiento secundario propuesto por autores como Busse (1987) o Horn y Meer (1987) (citados por Papalia, Wendkos y Duskin, 2004). (19)

El envejecimiento primario, es un proceso gradual e inevitable de deterioro corporal que empieza temprano en la vida y continúa a lo largo de los años y que no puede evitarse; el envejecimiento secundario, consiste en los resultados de la enfermedad, el abuso y el desuso, factores que pueden ser evitables y que están en el control de la gente. (19)

Hoffman, Paris, y Hall (1996) comparten esta definición y señalan que el envejecimiento primario es normal e inevitable y sucede a pesar de la salud, y que el envejecimiento secundario, son cambios que están correlacionados con la edad y que hacen difícil establecer un curso normal del envejecimiento. (19)

Según Langarica (1985), el envejecimiento es un proceso que depende de factores propios del individuo (endógenos) y de factores ajenos a él (exógenos). Es un proceso en el cual lo que es afectado en primer lugar no es la conducta cotidiana y probada del organismo para con su medio, sino sus disponibilidades, sus facultades, sus posibilidades de enfrentarse con una situación insólita, ya sea de orden biológico, personal o social. (19)

Fierro (1994) en lugar de hablar de 'vejez' como estado, prefiere hablar de 'envejecimiento', como curso o proceso, un proceso que comienza tempranamente, al término de la juventud, y que a lo largo de la vida adulta se combina con procesos de maduración y desarrollo". Señala que el envejecimiento no constituye un proceso evolutivo o de desarrollo, tampoco involutivo, pero sí de decadencia o deterioro vital. También señala que no constituye un proceso simple y unitario sino un haz de procesos, asociados entre sí, que no son necesariamente sincrónicos y son asociados a la edad cronológica. (19)

Desde la perspectiva de la Geriátrica: Albretch y Morales (1999) señalan que el envejecimiento comprende diversas modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales según el contexto temporo-espacial en el que se desarrolló el individuo en las etapas anteriores de su vida, resultado del paso del tiempo. Señalan que estos cambios se inician o aceleran después de haber alcanzado el crecimiento y madurez alrededor de los 30 años de edad. (19)

Rice (1997) desde la Psicología del Desarrollo señala que la vejez es:

"... un momento de ajustes, particular mente a los cambios en las capacidades físicas, las situaciones personales y sociales, y las relaciones". Yates (citado por Fernández, 2000:39) señala que el envejecimiento se puede definir como "cualquier

cambio temporal en un objeto o sistema... que puede ser bueno, malo o indiferente a un determinado juez u observador". (19)

Para Buendía (1994) el envejecimiento es:

"... un proceso que comienza tempranamente y que a lo largo de la vida adulta se combina con los procesos de maduración y desarrollo". Considera que en el envejecimiento no sólo tiene en lugar ciertos deterioros o pérdidas, sino que se mantienen también y se despliegan ciertas funciones vitales y psicológicas. Fernández (2000:39) asume que *"la vejez... está en función del tiempo que transcurre para un determinado organismo frecuentemente medido según la edad". (19)*

Para Silvestre, Solé, Pérez y Jodar el envejecimiento...

"... no debe entenderse únicamente como un fenómeno estrictamente orgánico, sino que es un proceso más complejo en el que también interactúan variables sociales y psíquicas". Plantean que el envejecimiento del ser humano *"es un proceso caracterizado por la diversidad. Los factores que determinan dicha diversidad son: la herencia genética, el estado de salud, el status socioeconómico, las influencias sociales de la educación y la ocupación ejercida, las diferencias por generación y la personalidad...es una etapa cambiante a lo largo del tiempo". (19)*

Bazo y Maiztegui (1999) consideran que el envejecimiento es un *"fenómeno multidisciplinar que afecta a todos los componentes del ser humano: su biología, psicología, roles sociales"* (21).

Blanck-Cereijido (1999) señala que *"Envejecer es entrar en una etapa de la vida que comienza con pérdida de capacidades vitales, habilidades, trabajos, pertenencias, carreras y papeles sociales". (21)*

Para Ortiz, desde la perspectiva antropológica afirma que la vejez es *"Una modalidad de la organización del cuerpo y de la personalidad humana marcada por la ruptura con el equilibrio precedente entre juventud y vejez y que se desfaza hacia el deterioro y vulnerabilidad del organismo y personalidad del sujeto"* (citado por García, 2003). (21)

García (2003) señala que la vejez es una etapa de la vida (biológica), pero también un modo de realidad (filosófica), *"es uno de los momentos más dramáticos del devenir del ser"*. Señala también que *"La vejez no debe ser interpretada como algo decrepito y negativo, sino como un modo existencial abarcante, ineluctable, inaplazable, como lo es cualquier otra etapa de la vida humana". (21)*

Para Ham (2003) la condición de vejez y sus grados *"se determinan por ciertos signos que son condicionantes o eventos biológicos, psicológicos, sociales y/o"*

económicos, los cuáles varían en sentido y relevancia de acuerdo con las épocas, las culturas y las clases sociales”.

Para Motte y Muñoz (2006) el envejecimiento *“es el conjunto de procesos que sigue un organismo después de su fase de desarrollo. Estos procesos dinámicos implican un cambio, es decir, transformaciones biológicas, psicológicas y/o sociales del organismo en función del tiempo”.* (19)

Reconociendo la importante labor desempeñada por cada uno de estos representantes con sus teorías y lo que claramente expone Morales que reza:

Por tanto y tanto con base en lo anterior claramente se llega a la conclusión que Rice desde la Psicología del Desarrollo señala que la vejez es *“un momento de ajustes, particularmente a los cambios en las capacidades físicas, las situaciones personales y sociales, y las relaciones”*, que se divide en 4 dimensiones básicas: desarrollo físico, cognoscitivo, emocional y social.

Aunque cada dimensión subraya un aspecto particular del desarrollo hay una interdependencia considerable entre las áreas, por ejemplo las capacidades cognoscitivas pueden depender de la salud física y emocional como de la experiencia social cada dimensión refleja a las otras.

Pero cada área es importante para entender el desarrollo lo que da un aspecto unidisciplinario.

El desenvolvimiento y constitución de cada uno de nosotros como sujetos únicos, es el producto de la integración e interdependencia de estas áreas o dimensiones del desarrollo.

Y como el desarrollo humano es un tema de gran complejidad, razón por la cual ninguna teoría puede englobar todos sus aspectos, se opta por tener en cuenta para la presente investigación a F. PHILIP RICE, es porque todo su análisis investigativo referente al desarrollo humano permitirá comprender el entorno familiar del adulto mayor que asiste al centro vida de la comuna 6 del municipio de Villavicencio – Meta, pues es fundamental tener un referente del desarrollo físico, cognitivo, emocional-socioafectivo y social, que nos revele como es el entorno familiar de los adultos a intervenir.

Se ha optado por aplicar al teórico rice porque es la teoría que integra de una manera sistemática todos los pensamientos de los teóricos anteriormente expuestos además que no solamente nuestra investigación esta direccionada al adulto mayor sino a su entorno familiar en donde hallaremos distintas edades, personalidades, que abarca lo planteado por rice y complementado por los psicólogos que han intervenido con sus aportes a través del tiempo.

Necesidades del adulto mayor

La salud y el bienestar en la vejez es el efecto de las condiciones y practicas desarrolladas desde las etapas más tempranas de la vida hasta la edad adulta, en cuanto al cuidado de la salud en general, la salud sexual y reproductiva, la nutrición, la actividad física y recreativa y demás factores que tienen gran influencia en el buen estado de salud de las personas mayores. En el país persiste una amplia brecha social que se evidencia al analizar, entre otros aspectos, las diferencias significativas entre la esperanza de vida a los 60 años y más de edad de las comarcas indígenas y del resto de la población adulta mayor. Los cambios en el perfil epidemiológico de la población adulta mayor plantean un incremento de las muertes por enfermedades crónico degenerativas, y la coexistencia de enfermedades crónicas degenerativas que predispone a un aumento de las discapacidades, con enfermedades infecciosas y transmisibles que afectan, principalmente, a la población adulta mayor de las áreas rurales y marginales del país

3.1.4 Necesidades del adulto mayor

La salud y el bienestar en la vejez es el efecto de las condiciones y practicas desarrolladas desde las etapas más tempranas de la vida hasta la edad adulta, en cuanto al cuidado de la salud en general, la salud sexual y reproductiva, la nutrición, la actividad física y recreativa y demás factores que tienen gran influencia en el buen estado de salud de las personas mayores.

En el país persiste una amplia brecha social que se evidencia al analizar, entre otros aspectos, las diferencias significativas entre la esperanza de vida a los 60 años. Los cambios en el perfil epidemiológico de la población adulta mayor plantean un incremento de las muertes por enfermedades crónico - degenerativas, y la coexistencia de enfermedades crónicas degenerativas que predispone a un aumento de las discapacidades, con enfermedades infecciosas y transmisibles que afectan, principalmente, a la población en la etapa de vejez. (17)

Los elementos condicionantes de la situación de salud de los adultos mayores parecen estar estrechamente relacionados con hábitos y estilos de vida no saludables de la población en general (malnutrición, obesidad, el tabaquismo, sedentarismo), a la situación de pobreza y pobreza extrema en que viven un porcentaje importante de esta población, y a la inequidad en el acceso a la atención integral de salud, para las personas adultas mayores pobres.

Si bien el Sistema Nacional de Salud se encuentra en un proceso de transformación de las prestaciones sanitarias, se identifican como aspectos importantes: la necesidad de adecuación de la infraestructura a las necesidades de la población adulta mayor, capacitar recursos humanos en salud en temas de

geriátría y gerontología con miras a mejorar la calidad y calidez de la prestación de los servicios, priorizar en el desarrollo de programas de salud orientados a la atención de la población adulta mayor, mejorar el nivel de articulación de los diferentes niveles de atención y complejidad, mejorar la obtención de datos que permitan realizar un análisis más profundo de la salud mental de esta población, entre otros.

Teoría de las necesidades de Maslow.

El ciclo que transcurre entre la adultez y la vejez se convierte en una etapa más del desarrollo del ser humano, tiende como otras, a buscar el perfeccionamiento; si bien no se alcanza plenamente, se acerca por pequeños logros que implican un constante esfuerzo personal. Esta etapa se caracteriza por la liberación de altas presiones y la búsqueda de placeres más individuales, junto a una mayor experiencia que será bien aprovechada según las metas establecidas durante el ciclo de vida.⁽⁷⁾

El adulto experimenta necesidades que motivan su comportamiento; al satisfacer las necesidades más elementales, se esfuerza por las del siguiente nivel y así sucesivamente, hasta que se logra cubrir el orden más elevado de requerimientos.

Las jerarquías de las necesidades de Maslow es una teoría psicológica propuesta por Maslow. En ella formula una jerarquía de necesidades humanas y defiende que conforme se satisfacen las necesidades y deseos más básicos se van desarrollando necesidades y deseos más elevados. (22)

Figura 3. Necesidades de Maslow.



Fuente: Morris. 1997.

En cuanto a las necesidades fisiológicas: estas son necesidades vitales para sobrevivir y mantener un orden biológico, día a día las utilizamos y se encuentran en todas las etapas. (22)

Respirar, alimentarse e hidratarse.

Descansar, eliminar desechos corporales.

Tener una temperatura corporal estable.

Necesidades de seguridad: surgen cuando las necesidades fisiológicas están satisfechas. Se refieren a sentirse seguro y protegido.

Seguridad física: asegurar la integridad del propio cuerpo.

Salud: asegurar el funcionamiento del cuerpo.

Necesidad de proteger los bienes y activos: casa, carro, dinero.

Necesidades de vivienda: protección.

Necesidades de afiliación (sociales): son las que tiene que ver con los sentimientos, con la necesidad de pertenecer y ser aceptado dentro de un grupo social. ⁽⁷⁾

Deficiencias en este nivel pueden llevar a generar un impacto en la habilidad del individuo para mantener relaciones sociales y crear lazos emocionales, lo cual conlleva a que no se puedan cumplir las otras necesidades del ser humano.

Necesidades de estima o reconocimiento: Maslow describió dos tipos de necesidades de estima: una alta y otra baja.

Estima: alta: concierne a la necesidad del respeto a uno mismo e incluye sentimientos como confianza, competencia, maestría, logros, independencia y libertad.

Estima baja: concierne el respeto de los demás personas; la necesidad de atención, aprecio, reconocimiento, reputación, estatus, dignidad, fama, gloria e incluso dominio.

La reducción de estas necesidades se refleja en una baja autoestima e ideas de inferioridad. El tener satisfecha esta necesidad apoya el sentido de vida y la valoración como individuo y profesional, que tranquilamente puede escalonar y avanzar hacia la necesidad de la autorrealización. (22)

Necesidades de autorrealización: Maslow utilizó varios términos para denominarlo: "motivación de crecimiento, necesidad de ser y autorrealización". Se halla en la cima de las jerarquías en la pirámide de Maslow.

Son los deseos de satisfacción personal que producen un sentimiento de triunfo, sensación de poder y dominio, que incrementa la autoestima de la persona.

Las necesidades autorrealización son más difíciles de describir porque son distintas y únicas y varían además de un individuo a otro.

Es la culminación de las aspiraciones más deseadas de alcanzar metas difíciles, de hacer algo que exija emplearse a fondo.

Los hombres que logran la autorrealización óptima para Maslow se consideran seres íntegros.

Estimaba que para llegar a la autorrealización se tenía que ser personas:

- Centradas en la realidad, que sabían diferenciar lo falso o ficticio de lo real y genuino.

- Centradas en los problemas, que enfrentan los problemas en virtud de sus soluciones.

- Con una percepción diferente de los significados y los fines.

Cuando no se colman las necesidades de autorrealización, surgen las metas patológicas, cuya lista es complementaria y tan extensa como la de meta necesidades. Aflora entonces cierto grado de cinismo, los disgustos, la depresión, la invalidez emocional y la alineación.

3.1.5 Enfoque sistémico

El Modelo Estructural Sistémico es una opción de análisis e intervención terapéutica (no se pretende señalar como la única válida), que provee la oportunidad de estudiar a las familias como sistemas abiertos en los que se establecen ciertas pautas de interacción (estructura familiar) que determinarán la funcionalidad o disfuncionalidad de las relaciones familiares. Desde esta perspectiva el origen de los problemas psicológicos se encuentra en el ámbito familiar, en el núcleo en el que se desarrolla el paciente identificado, de manera que el análisis de dichos problemas y su tratamiento se realizan a nivel familiar, no individual. (23)

El Modelo Estructural Sistémico surge en el campo de la psicología, su principal representante es Salvador Minuchin, y fue desarrollado a finales de la década de los años sesenta del siglo XX como un intento por explicar la relación entre el individuo y su contexto familiar. Este modelo se guía por algunos principios de la Teoría General de los Sistemas, desarrollada por Bertalanffy en el siglo XX, a finales de la década de los años treinta.

Desde un enfoque sistémico la familia es de vital importancia puesto que la forma como están organizados sus miembros, el papel que juega cada uno de ellos, la forma en la que se comunican, van a determinar el tipo de relaciones que se establece en dicho sistema familiar, lo que a su vez posibilitará o no la presencia y/o mantenimiento de problemas psicológicos. (23)

El tipo de relaciones establecidas incide de forma significativa en cómo la familia hace frente a las problemáticas de cada uno de sus miembros y de ella misma en su conjunto. Pero al mismo tiempo dichas reglas condicionan las intervenciones sobre la familia, lo que en cierta medida dificulta la morfogénesis, o lo que es lo mismo, la tendencia del sistema a cambiar, en especial en familias con estructuras más cerradas, más jerarquizadas y con reglas de funcionamiento rígidas e incuestionables, resistencia que puede manifestarse en el propio repliegue de la familia hacia sí misma, rechazando toda intervención desde el exterior.

Evolución sistémica de los ciclos vitales

Los ciclos vitales son una serie de etapas por las que atraviesan los seres vivos, los grupos, las instituciones educativas o de otra índole durante la evolución natural.

Etapas de la evolución sistémica: En el desarrollo de los sistemas se identifican claramente cuatro etapas: reactiva, receptiva, proactiva e interactiva. (23)

La etapa reactiva. Es en la que se inicia la vida de una persona, un grupo, de una institución. Su nombre se debe a que ella se relaciona ante el mundo exterior y se inicia su constitución con el objetivo fundamental de sobrevivencia.

La etapa receptiva. Es en la cual el individuo, grupo o institución recibe la mayor cantidad de sugerencias para su funcionamiento, de ahí su nombre tiene como objetivo fundamental buscar seguridad. (24)

La etapa proactiva. Es en la que se desarrolla todas las iniciativas nuevas para poner en funcionamiento, en forma superior, el accionar del individuo, grupo o institución; su nombre debe a ello

De otra parte, el aporte que realiza Zuluaga Beatriz , psicóloga de la Universidad Nacional y funcionaria del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, presenta una visión sobre la visión de la familia desde el enfoque sistémico, asociando la importancia de reconocer los tres aspectos fundamentales dentro de la familia, como son: la estructura de funcionamiento es decir observando la unión que existe entre cada uno de sus miembros, identificar el parentesco y el proceso evolutivo; el segundo aspecto es el sistema relacional en el cual interaccionan el hombre y la

mujer como pareja y como seres individuales, además los roles, la comunicación, la cohesión de cada uno de sus miembros; finalmente, el momento evolutivo, donde se observan el proceso de interacción entre cada miembro de la familia, asociando elementos entre la pareja y sus hijos y demás integrantes del núcleo familiar (24).

Así mismo, el contexto en el cual la terapia familiar sistémica es un cuerpo de teorías y técnicas que estudian al individuo en su contexto social; intenta modificar la organización de la familia, pues se parte de la idea de que cuando se transforma la estructura de la familia, se modifican consecuentemente las posiciones de sus miembros en ese grupo y como resultado se modifican las experiencias de cada individuo parte del sistema, pues se considera que el hombre no es un ser aislado, sino que es un miembro activo y reactivo de los grupos sociales.

Otro de los aspectos que relaciona Zuluaga tiene que ver con la familia como cualquier otro sistema tiene períodos de estabilidad y períodos de inestabilidad y el paso de una etapa a otra hace aparecer la inestabilidad como en las etapas del ciclo vital, asociando las etapas del ciclo vital, entre las que se encuentran: Noviazgo, Matrimonio o unión, Embarazo o acomodo para ser tres, Nacimiento del primer hijo. (24)

Escolaridad de los hijos, Pubertad y adolescencia de los hijos, Salida de los hijos de la casa, Nido vacío, Retiro laboral, Vejez, viudez y muerte. Es de mencionar que cada uno de estas etapas son crisis vitales esperadas y casi universales y entre ellas se suceden otras muchas que no le suceden a todos los sistemas familiares.

3.2 MARCO INVESTIGATIVO

Según investigaciones sobre transición demográfica indica algunos aspectos del proceso de envejecimiento, se incursiona en la evolución histórica de la “fragilidad en el adulto mayor” y “anciano frágil” y se presentan las principales definiciones enunciadas por diversos autores que han tratado el tema. Se anexan los criterios cubanos de fragilidad.

El trabajo muestra los diferentes criterios de fragilidad propuestos a nivel mundial agrupados en cuatro categorías: médicos, funcionales, mentales y sociodemográficos. Se presenta en una tabla original todos los criterios de los que se ha tenido conocimiento agrupados según estas categorías y por décadas en las que fueron postulados. Se expone en un gráfico una serie histórica del envejecimiento en Cuba y se alerta que del porcentaje de adultos mayores que hoy viven en el país se desconoce cuántos de ellos son considerados frágiles. El conocimiento de esta información es crucial en la planificación y desarrollo de

estrategias de intervención en salud en la población de adultos mayores por parte del Sistema Nacional de Salud, el Gobierno y las propias comunidades. (22)

De igual manera, el envejecimiento activo, en su pilar de participación en términos de realización de actividades de ocio, promueve la satisfacción con la vida y el bienestar personal. Los objetivos de este capítulo son definir perfiles de actividad entre los adultos-mayores institucionalizados, y obtener un modelo explicativo de los perfiles de los residentes considerando sus características sociodemográficas y condiciones objetivas en las áreas más relevantes para su calidad de vida en la vejez.

Se analizan conjuntamente dos muestras de población institucionalizada con 60 y más años en España, con y sin demencia. Se seleccionaron variables relativas a características sociodemográficas, económicas, de las redes familiar y social, y de salud y funcionamiento. Se aplicó el análisis clúster sobre las actividades de ocio para obtener perfiles de actividad, análisis discriminante para validar esa clasificación y regresión logística multinominal para definir el modelo explicativo de nivel de actividad. La población institucionalizada se clasifica en tres grupos de acuerdo a su nivel de actividad: activos (27%), moderadamente activos (35%) e inactivos (38%). Se observaron diferencias significativas ($p < 0,05$) entre los grupos según sus características y, en el modelo de regresión, un menor nivel de actividad se asoció con un mayor deterioro cognitivo, una peor salud percibida, una menor capacidad para realizar las actividades cotidianas, una menor frecuencia de salidas con familiares y amigos, y una mayor edad. El declive de la salud física y mental, el debilitamiento de los lazos familiares y sociales, la pérdida de las capacidades funcionales y de la autonomía económica, todos ellos factores que podrían conducir a la institucionalización, se configuran como una barrera importante para el envejecimiento activo. (4)

Por otro lado, investigaciones sobre dinámicas familiares muestra que el envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. A pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos, es difícil aceptarlo como una realidad innata a todo ser.

Actualmente se considera un problema de salud pública tanto a nivel nacional como internacional, ya que el cambio en la pirámide poblacional se ha volcado hacia el aumento de esta población y desafortunadamente los gobiernos no están preparados para las consecuencias físicas, mentales, sociales y sanitarias que esto implica, motivo por el cual se requiere ahondar en el conocimiento del mismo desde múltiples perspectivas.

El artículo tiene como objetivo analizar el concepto de envejecimiento a través de la metodología propuesta por Walker y Avant, estrategia a través de la cual se examinan las características que definen un concepto y sus atributos: proceso irreversible, único, individual, universal de cambio que involucra todas las

dimensiones del ser humano, disminuye la velocidad de los procesos del cuerpo, entre otros. Intervención psicológica en adultos mayores.

El conocimiento de este fenómeno permitirá profundizar en el entendimiento del concepto así como proponer estrategias de intervención, y guiar la práctica de cuidado en el envejecimiento. (24)

El presente trabajo trata acerca de algunos factores biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor, se parte del concepto de que el envejecimiento no es un proceso de causa única, sino el resultado de una compleja asociación de interacciones y modificaciones estructurales y funcionales, entre lo biológico, lo psicológico y lo socio-ambiental. Teniendo en cuenta estos elementos el objetivo de este trabajo es exponer algunos aspectos que inciden en la salud del adulto mayor, para que los profesionales de la atención primaria de salud, comprendan la importancia de abordar el proceso de salud-enfermedad en el anciano, con una concepción holística. (25)

De otro lado Se realizó un estudio exploratorio en 50 pacientes de 60 años y más, con la finalidad de identificar los factores psicosociales más frecuentes en la tercera edad, a través de la autopercepción de los ancianos. Se utilizó como método para la recogida de la información la encuesta de factores psicosociales en ancianos. Se identificaron doce factores psicológicos y la misma cantidad de factores sociales. La mayor frecuencia en los factores psicológicos fue la necesidad de ser escuchados y la pérdida de roles sociales ambos en un 98 %. El factor social de mayor porcentaje, 98 %, fue la necesidad de comunicación social. Se concluye sobre la no coincidencia de los factores psicosociales identificados por la autopercepción del anciano y la bibliografía consultada. Se recomienda tener en cuenta esta fuente de información en el establecimiento de planes y programas de salud referidos a la tercera edad. (26)

Habría que decir también que estudio cualitativo fenomenológico realizado fue interpretar la vivencia de ser adulto mayor. Se entrevistaron a diez adultos mayores de ambos sexos, que asisten regularmente al Centro del Adulto Mayor (CAM) ESSALUD - Huaraz. Las categorías que emergieron del estudio fueron: ajuste témporo-espacial en la vida familiar; percepción de soledad; percepción de fuerza/vitalidad; articulando pasado, presente y futuro; modulando la socialización familiar-social; reafirmando el compromiso familiar-social y reaprendiendo el amor a la vida. Estas categorías permiten aproximarnos a la percepción que tienen las personas acerca de cómo vivencian la etapa de adulto mayor, con la finalidad de tener en cuenta dichas percepciones en el momento de crear programas de atención de Enfermería, lo cual permitirá mejorar las prestaciones de salud que se dan día a día a este grupo poblacional. (27)

Otras investigaciones expuesta sobre el tema aducen:

“Los adultos mayores en el sistema socio-familiar”, tiene su objetivo primordial quien nos lleva a conocer los principales indicios de vulnerabilidad hacia el adulto mayor, durante la transición de esta etapa, producto de los cambios físicos, psicológicos y por ende sociales; que repercuten en su sano desarrollo integral, siendo el motivo primordial por el cual surgió el interés de investigación y análisis, el mismo que se realizó a través de un proceso metodológico, que parte de un estudio descriptivo de la realidad social, la técnica utilizada fue la entrevista individual a expertos en el área de la Psicología y Trabajo Social, debido a que ellos se encuentran inmersos en el tema por la experiencia en cuanto a intervención profesional con adultos mayores víctimas de abandono u maltrato. (28)

A través del análisis, recopilación, clasificación y sintetización de la información se identificó la etiología sobre el maltrato hacia el adulto mayor provocando un desequilibrio emocional en el cuidador sobre todo cuando son sujetos dependientes, los cuales necesitan mayor tiempo para su atención. (29)

En este orden de ideas el equilibrio psíquico puede atenuar el efecto de las enfermedades en los ancianos. Al evaluar si la calidad de vida psíquica se asocia con el funcionamiento físico. La evaluación geriátrica fue menos favorable en las mujeres. Los resultados sugieren que los ancianos pueden obtener puntajes altos en la esfera psíquica de la calidad de vida, pese a los puntajes bajos en la esfera física, debido a las enfermedades. Se sustenta así, la necesidad de elaborar estrategias que contribuyan a reforzar los aspectos de la vida psico-afectiva de los adultos mayores. (30)

Así mismo podemos observar las transformaciones que han experimentado las familias en México en el siglo XX, y como se asoman algunas dinámicas al interior que son resultado del alargamiento en la esperanza de vida individual y de la presencia de limitaciones funcionales en los miembros en edad avanzada. Se reflexiona sobre los cambios sociales y demográficos en los hogares, las estrategias de apoyo y cuidado hacia las personas adultas mayores con presencia de enfermedades y limitaciones funcionales a partir de cálculos realizados con base en la Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento (2001). Si bien hay un esfuerzo de las instituciones de salud y de los arreglos familiares para atender esta situación, este artículo permite mostrar la fuerza y debilidad del sistema de protección social en la procuración de cuidados y apoyos hacia las personas en la vejez con limitaciones funcionales. Presenta algunos retos y áreas de acción relevantes para las instituciones gubernamentales y no gubernamentales. La idea que se propone, con base en este análisis, es reaccionar activamente entre instituciones, familias y sociedad para apoyar a la vejez que experimenta el deterioro progresivo de sus facultades Físicas y mentales. (31)

La problemática del envejecimiento demanda conocer el rol del anciano dentro de la estructura y la dinámica familiar, la naturaleza de las relaciones con los hijos y las formas de la solidaridad intergeneracional como un elemento fundamental para el análisis de la calidad de vida en la senectud.

Se encontró un 66,2 % de ancianos con desatención familiar a expensas fundamentalmente de falta de afecto (33,8 %); predominó en este grupo la edad mayor de 70 años, el sexo femenino (60,8 %) y el estado civil viudo (50,9 %). El mayor número de senescentes desatendidos provenían de familias disfuncionales y de ellos un 51,0 % refirió maltrato físico. (32)

Por lo tanto este trabajo se propone brindar una visión general de las características de los arreglos domésticos y las transferencias informales de apoyo en las que participan los adultos mayores de Montevideo. Su objetivo es evaluar en qué medida los adultos mayores, beneficiarios de un sistema de previsión social con alta cobertura (que los coloca en situación económica favorecida en relación a los grupos más jóvenes), participan de dinámicas de redistribución de los beneficios recibidos, alcanzando a la población de otras generaciones. Para ello es presentada una caracterización de los hogares con adultos mayores, considerando sus condiciones de vida y las transferencias de recursos y servicios de las que participan. En ese análisis el peso de la desigualdad económica es considerado clave para comprender las dinámicas de las transferencias domésticas. (33)

Igualmente otros trabajos contienen algunos estudios relacionados con los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características, oportunos para comprender los procesos intersubjetivos que se gestan al interior de la familia. El método utilizado se centra en un paradigma cualitativo con énfasis en lo documental. Los resultados se presentan a partir de dos perspectivas: la primera relacionada con el rastreo del concepto de familia desde diferentes autores y disciplinas; la segunda, responde a conceptualizaciones sobre la Dinámica Familiar. Se concluye que la familia es concebida como un grupo de personas unidas por una historia social e individual atravesada por lazos afectivos y comunicativos; no necesariamente unidas por vínculos consanguíneos y con el ingreso de la mujer al mercado laboral, la dinámica interna de la familia sufre transformaciones significativas, evidentes en los roles, la autoridad, la comunicación, el afecto, los límites y las normas. (34)

Realizamos una revisión de la investigación llevada a cabo en los últimos treinta años sobre el papel del padre en la dinámica familiar. Partiendo de estudios descriptivo-comparativos sobre el comportamiento materno y paterno, el campo de estudio ha ido ampliándose y complejizándose, en parte influido por los cambios sociales ocurridos en las últimas décadas y la repercusión que este cambio está teniendo en la nueva distribución de las funciones materna y paterna. Analizamos asimismo los factores que influyen en la implicación paterna en el cuidado de los niños: el tipo de organización familiar, el trabajo materno y paterno, las actitudes de los padres y de las madres, la relación entre la pareja de padres y la situación de divorcio. Dedicamos un último apartado al análisis de la presencia del padre en el área de la Psicología Clínica y de la Psicopatología del Desarrollo. Finalizamos

reseñando las nuevas y prometedoras líneas de investigación abiertas en este campo. (35)

Así, con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento y modificar estilos de vida inadecuados en el adulto mayor, se realizó un estudio en la casa de abuelos Lucía Iñiguez Landín, del municipio Holguín. Para obtener la información necesaria, se realizaron entrevistas al personal de salud, encuestas a los ancianos y se observó su comportamiento. A partir de la información reunida, se desarrolló una propuesta de programa educativo para elevar la calidad de vida en el adulto mayor, así como para prevenir y reducir los riesgos propios de la edad. Se busca también aumentar la intersectorialidad en el mejoramiento de la salud y calidad de vida del adulto mayor. Como parte de la investigación, se ofreció abundante información a los ancianos sobre los factores de riesgo que favorecen la aparición de las enfermedades y daños a la salud. Ello propicia evitar ciertos riesgos y también, el auto cuidado de su salud, así como, la adopción de estilos de vida saludables a través de una adecuada cultura. (35)

También, este artículo revisa algunos aspectos relacionados con los instrumentos actualmente utilizados en diversos países de Europa, Asia y América para medir calidad de vida relacionada con la salud –CVRS–. Además, describe fortalezas y utilidad en su aplicación y plantea el interés de estas herramientas, en especial el SF 36, para los análisis económicos y sociales.

Esta herramienta permite establecer una línea base en la determinación del perfil de salud, que se inserta en estudios como la Encuesta Nacional de Salud, lo cual, aprovechando la continuidad de esta información seriada, permite estrategias en planificación sanitaria, la atención a los usuarios de salud y el sentir con respecto a su percepción del estado de salud. (36)

Además, tuvo como objetivo examinar las relaciones entre el bienestar psicológico, el apoyo social percibido y la percepción de salud en adultos mayores. La muestra estuvo constituida por 250 personas, 146 mujeres y 104 hombres, con edades entre 60 y 87 años (promedio de 70,8 años) de la ciudad de Concepción (Chile). Los resultados mostraron que el bienestar psicológico presentaba mayores relaciones con el apoyo social percibido que con la percepción de salud, que los hombres informaron mayor bienestar psicológico y mejor percepción de salud que las mujeres y que las personas casadas o con pareja estable informaron mayor bienestar psicológico y mayor apoyo social percibido que aquellas sin pareja estable. Se proponen diversos factores explicativos para los resultados obtenidos. (37)

3.3 MARCO LEGAL.

Los derechos humanos expresan una responsabilidad compartida entre diferentes actores sociales, incluido el Estado; evidencian tanto responsabilidades como deberes. La aplicación de los mandatos constitucionales en torno a los derechos humanos exige tanto de los organismos del estado como garantes de derechos, como de la sociedad civil y la familia como corresponsables, el aseguramiento de las condiciones materiales y normativas que garanticen el pleno ejercicio de los mismos en todo el país. En general los derechos humanos son: **1. Universales**, esto es, pertenecen a todo ser humano en cualquier sociedad, sin distinción de sexo, raza, edad, clase social, origen étnico o religioso, **2. Imprescriptibles**, es decir que no se pierden con el transcurso del tiempo, **3. Innatos e irrenunciables**, dado que las personas nacemos con ellos y que su existencia deriva de la propia naturaleza humana, se constituyen en un mandato constitucional, realizable, en las obligaciones tanto de efecto inmediato como progresivo. Implica el compromiso de todos los estamentos del Estado y de la sociedad civil en garantizar el acceso, la disponibilidad, la aceptabilidad y la calidad de todas las acciones que hagan efectiva la preservación de los mismos. (38)

El Estado Colombiano está directamente comprometido a cumplir con las obligaciones que se derivan de los instrumentos internacionales de derechos humanos, las normas constitucionales y la jurisprudencia de la Corte Constitucional. (38)

Se ha definido este eje de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, dada trascendental importancia que el Estado Colombiano da a garantizar a la población y a las personas mayores como sujetos de especial protección, el disfrute de los cuidados adecuados, acceso a la vivienda, a la alimentación, al agua de buena calidad, a la provisión de ingresos, acceso universal a la seguridad social, a los servicios de salud, a programas de protección social, al cuidado y soporte familiar, a promover y garantizar un envejecimiento sano que permita que las personas mayores participen en todas las actividades de la vida diaria. Desarrollar capacidades en la población para la exigencia de los derechos, su plena participación en la sociedad, favorecer su empoderamiento y el ejercicio activo de la ciudadanía, pero también la corresponsabilidad en la gestión de los riesgos que los afectan a nivel individual, familiar y colectivo, además garantizar un trato adecuado a las personas mayores a nivel familiar y comunitario como sujetos de especial atención por su vulnerabilidad. (3)

Tratados internacionales aplicables al adulto mayor:

Carta de las Naciones Unidas (1945)

Declaración Americana de los derechos y deberes del hombre (1948)

Convención sobre el estatuto de los refugiados (1951)

Pacto internacional de derechos sociales, económicos y culturales del hombre (1948)

Pacto internacional de derechos civiles y políticos (1966)

Convención americana sobre derechos humanos (1966)

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979)

La cuarta conferencia mundial sobre la mujer en Bejín del 4 al 15 de septiembre de 1995- párrafo 101, 106 y 165

Conferencia de las naciones unidas sobre los asentamientos humanos (hábitat II) (Estambul, 3 al 14 de Junio de 1996) – párrafo 17 y 40

Organización Internacional del trabajo. Recomendación 162 sobre los trabajadores de edad.

Proyecto de declaración universal del adulto mayor. Cumbre de Madrid sobre el envejecimiento (2002).

Resoluciones de la asamblea general de las naciones unidas:

Resolución 46/91 principios de las naciones unidas en favor de las personas de edad (1991)

Resolución 47/5 proclamación sobre el envejecimiento (1992)

Resolución 3447 declaración de los derechos de los impedidos (1975) (3)

Leyes de Colombia

Ley 271 de 1996: “Por la cual se establece el día nacional de las personas de la tercera edad y del pensionado”

Ley 687 del 2001: “Por medio del cual se modifica la ley 48 de 1986, que autoriza la emisión de una estampilla pro dotación y funcionamiento de los centros de bienestar del anciano, instituciones y centros de vida para la tercera edad, se establece su destinación y se dictan otras disposiciones”.

Ley 700 de 2001. “Por medio del cual se dictan medidas tendientes a mejorar la calidad de vida de los pensionados y se dictan otras disposiciones”.

Ley 1171 de 2007 “por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultos mayores”.

Ley 1251 del 2008. Acerca de la vejez en Colombia “por lo cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores” ley

Ley 1276 del 2009 a través de la cual se modifica la ley 687 del 15 de agosto del 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vidas”. (3)

Decretos nacionales

DECRETO NÚMERO 0303 DE 1992 “celebración del día del abuelo”

DECRETO NÚMERO 0281 DE 1992 “Por el cual se crea el fondo de solidaridad y emergencia social”.

DECRETO NÚMERO 2133 DE 1992: “por el cual se fusiona el fondo especial de la presidencia de la republica al fondo de solidaridad al fondo de solidaridad y emergencia social y se reestructura e departamento administrativo de la presidencia de la república”.

DECRETO NÚMERO 591 DE 1994. "Por medio del cual se define y regula el programa para la juventud, la mujer y la familia. Aplica para mujeres ancianas".

DECRETO NÚMERO 2099 DE 1994 "por medio del cual se reorganiza el fondo de solidaridad y emergencia social de la presidencia de la república".

DECRETO NÚMERO 1135 DE 1994 "por el cual se reglamentan parcialmente los artículos 257. 258. 259. 260. 261 y 262 de la ley 100 de 1993" (auxilio para ancianos indigentes).

DECRETO NÚMERO 731 DE 1995 "por el cual se crea la comisión tripartita de concertación para el desarrollo de programas para la tercera edad, se determina su composición y se le asignan funciones".

DECRETO NÚMERO 1387 DE 1995: "por el cual se modifica parcialmente el decreto 1135 de 1994"

DECRETO NÚMERO 972 DE 1997. "por el cual se reglamentan los planes de servicios y descuentos especiales en materia de turismo para la tercera edad".

DECRETO NÚMERO 2113 DE 1999. "por el cual se reglamenta la ley 271 de 1996".³

El concejo de Villavicencio en uso de sus funciones constitucionales y legales, en especial las conferidas por el numeral 1 del artículo 313 de la constitución Política, los Artículos 71,72,73 de la ley 136 de 1994 y los artículos 204 y 207 de la Ley 1098 de 2006:

PARÁGRAFO: el presente acuerdo se define como una política pública permanente en la ciudad de Villavicencio y su cumplimiento es responsabilidad de las instituciones gubernamentales locales, para lo cual se establecerán las relaciones necesarias con las entidades de orden nacional, departamental y a si mismo lo hará con las instituciones privadas y ONG que tengan injerencias en el tema y que considere pertinente. (3)

3.4 MARCO CONCEPTUAL

Actividades de la vida diaria: Actividades básicas necesarias para la vida diaria, como bañarse o ducharse, vestirse, comer, acostarse o levantarse de la cama o sentarse y levantarse de una silla, ir al baño y moverse dentro de la casa⁽¹³⁾.

Condición de salud: Término general para designar enfermedades, trastornos, lesiones o traumatismos agudos o crónicos. (26)

Ajuste entre la persona y su entorno: Relación entre los individuos y sus entornos.

El ajuste entre las personas y su entorno requiere:

1) tener en cuenta a la persona (es decir, las características de salud y capacidad del individuo) y las necesidades y recursos de la sociedad; 2) saber que la relación es dinámica e interactiva 3) atender a los cambios que se producen con el tiempo en las personas y en los lugares. (26)

Autocuidado: Actividades realizadas por las personas para promover, mantener y tratar su salud y cuidar de sí mismas, así como para participar en las decisiones sobre su salud. (26)

Bienestar: Término general que abarca todas las esferas de la vida humana, incluidos aspectos físicos, mentales y sociales, que conforman lo que se puede llamar “una buena vida”. (26)

Cuidador: Persona que atiende y apoya a otra persona. Este apoyo puede incluir:

- prestar ayuda con el cuidado personal, las tareas del hogar, la movilidad, la participación social y otras actividades importantes;
- ofrecer información, asesoramiento y apoyo emocional, así como participar en tareas de promoción, ayudar a tomar decisiones, alentar la ayuda mutua y colaborar en la planificación anticipada de los cuidados;
- ofrecer servicios de cuidados temporales o de respiro; y participar en actividades para fomentar la capacidad intrínseca”. (26)

Los cuidadores pueden ser miembros de la familia, amigos, vecinos, voluntarios, cuidadores remunerados y profesionales de la salud. (26)

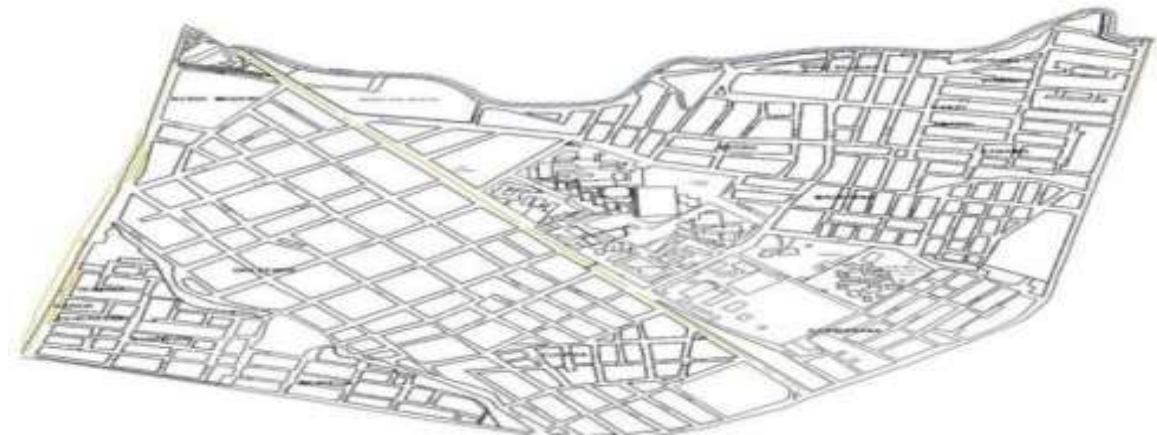
Desigualdades en salud: Diferencias en el estado de salud entre individuos o grupos, o, más formalmente, la variación interindividual total en la salud de una población, que a menudo tiene en cuenta las diferencias en el nivel socioeconómico u otras características demográficas. (26)

Discapacidad: Término general para designar las deficiencias, las limitaciones y las restricciones en la participación, que denota los aspectos negativos de la interacción entre una persona (con una afección de salud) y los factores contextuales de esa persona (factores ambientales y personales) (27).

Entornos: Todos los factores del mundo exterior que forman el contexto de vida de una persona, como el hogar, la comunidad y la sociedad en general; en estos entornos se encuentra una serie de factores que incluyen el entorno construido, las personas y sus relaciones, las actitudes y los valores, las políticas, los sistemas y los servicios de salud y sociales (27).

Fuente. Alcaldía de Villavicencio. 2016.

Figura 5. Comuna 6, municipio de Villavicencio



Fuente. Alcaldía de Villavicencio. 2016.

Los barrios que comprenden la Comuna N° 6 son: Caney, Simón Bolívar, San Benito, El Embudo, Teusacá, García Bohórquez, Guatiquía, La Florida, Catatumbo, El Nogal, Nuevo Ricaurte, San Marcos, Marsella, Lomónaco, Sausalito, Brisas del Caney, Cantarrana I, Cantarrana II, Macarena, El Retiro, Amaral, Canaima, Nuevo Maizaro. (39)

En la ciudad de Villavicencio, la población en etapa de vejez se encuentra distribuida según las comunas así; en la comuna 1 se encuentra un promedio de 438 adultos mayores; para la comuna 2: 644 adultos mayores; en la comuna 3: hay 862 adultos mayores; en la comuna 4: hay 2.381 adultos mayores; en la comuna 5: hay en promedio 2.010 adultos mayores; en la comuna 6. Hay 329 adultos mayores; en la comuna 7 hay 761 adultos mayores y finalmente en la comuna 8 en promedio 2.577. (39)

El proceso investigativo se llevó a cabo en el Centro Vida Asociación San Benito, ubicada en la comuna Nro 6, el cual presta servicios de alimentación a adultos mayores que cumplan los requisitos de vulnerabilidad en el contexto municipal. Allí se les presta apoyo psicosocial, de salud, bienestar social, entre otras; con el fin de mejorar la calidad de vida del adulto mayor que asiste a este centro. (39)

4.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación que se utilizó fue de tipo cualitativo con enfoque etnográfico “que busca comprender el sentido de los hechos, las proporciones y las articulaciones” del entorno familiar de los adultos mayores; y cuantitativo en cuanto se determinarán las características sociodemográficas de la familia de los adultos mayores. (39)

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población correspondió a los adultos mayores que asisten al Centro Vida Asociación San Benito, que según la OMS son personas que se encuentran entre el rango de edad de 60 años de edad en adelante (40).

La muestra fue de un adulto mayor que estaba dispuesto para firmar el consentimiento informado

4.4 INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se trabajaron en el proceso investigativo fueron:

La observación: permitirá identificar el entorno del ambiente, las relaciones, infraestructura de la vivienda.

Diario de campo: a través de este instrumento se sistematizó la información recolectada en las tres visitas a la familia del adulto mayor, de tal manera que se logre mejorar, enriquecer y transformar el registro de la práctica investigativo.

La entrevista a profundidad: a través de esta se realizaron 18 preguntas al adulto mayor, con el fin de identificar la cohesión y adaptabilidad que existe en el núcleo familiar. Basada en el modelo Circumplejo de Olson.

4.5 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Fase 1. Búsqueda del informante: se programó y realizó una visita a la casa del representante legal del Centro Vida la señora M.R.M.¹, con quien se organizó el contacto con el adulto mayor seleccionado para el desarrollo del proceso.

¹ M.R.M. (Abreviatura del Representante del Centro Vida.)

Fase 2: Entrevista abierta: Durante esta etapa se entrevistó al adulto mayor al igual que a su cuidador.

Fase 3: Identificación y desempeño de roles del núcleo familiar: En esta etapa se realizó el contacto con el adulto mayor.

Fase 4: Identificación de la dinámica familiar: como resultado de analizar la entrevista.

Fase 5: Reconocimiento de espacios cotidianos. La visita por parte de las investigadoras a la vivienda de la familia seleccionada, con el fin de observar las condiciones ambientales y sociales, además entrevistar a un integrante de la familia.

4.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización del estudio, se tiene en cuenta la resolución 008430 de octubre 4 de 1993 por la cual se establece la norma científica, técnica y administrativa para la investigación en salud. Se utilizó el consentimiento informado. (Ver anexo 3).

5. RESULTADOS

5.1 DINÁMICAS FAMILIARES

Dentro de la lectura del diario de campo y la entrevista en profundidad, se observan categorías que orientan o muestran una dinámica familiar en el adulto mayor de la presente investigación.

En la categoría de **dinámica familiar**, surge la subcategoría de la **comunicación**, porque sus integrantes son conscientes que hay horarios en los cuales se comparte en familia tales como: el desayuno, almuerzo y cena. Se evidencia una **comunicación** asertiva, bidireccional, la cual conlleva a que se creen vínculos de seguridad, confianza, amor, respeto y entendimiento, los cuales contribuyen a la armonía del hogar.

Otra subcategoría relevante dentro de las relaciones familiares fue las demostraciones que fluyen de manera natural, de **afecto** y cordialidad, las cuales llevan a la interacción del núcleo familiar.

Autoridad. De igual manera, la subcategoría de autoridad en la cual se observa que la familia del adulto mayor presenta rasgos de autoridad cooperativa, asociando que cada uno tiene roles previamente establecidos y cumplen con estas actividades; por tanto, existe un nivel de autoridad, pero anteponen el respeto por cada uno de sus integrantes, se observa la autonomía para realizar cada una de los roles establecidos.

Convivencia. En relación a la convivencia, el grupo familiar está en constante interacción, priorizan la armonía familiar, la búsqueda constante de espacios para compartir las vivencias diarias con respeto y afecto.

Roles. Así mismo, la subcategoría de roles, en el contexto familiar es un reflejo del compromiso, responsabilidad y afecto que existe al interior de la misma, de tal manera que asumen cada circunstancia en el día a día, ya sea situaciones de alegría como las de tristeza, en este contexto, sus miembros consideran que lo principal es el respeto y el amor en familia.

Socioeconómica. La categoría socioeconómica, nos lleva a comprender si hay un equilibrio económico o desequilibrio en un hogar, esto depende del entorno que rodea al adulto mayor.

Seguro y protegido. En cuanto a la categoría de sentirse seguro y protegido, es de mencionar que el grupo familiar, se sienten seguros porque cuentan con una

vivienda, con una forma de empleo que les permite obtener ingresos para satisfacer sus necesidades básicas.

Envejecimiento. En cuanto a la categoría del envejecimiento el concepto que tiene el señor y la será entrevistada es coherente con lo OMS sobre la etapa de la **vejez**, además de evidenciar que es muy importante para ellos los hábitos de vida saludable que hayan tenido a través del tiempo en las anteriores etapas de sus vidas, debido a que en el proceso de envejecimiento aparece un deterioro progresivo de los procesos fisiológicos y en ellos se han mantenido para mejorar la calidad de vida en esta etapa necesarios para mantener el equilibrio de la familia.

Necesidades del adulto mayor. La subcategoría necesidades del adulto mayor, se relaciona la participación de la **salud física**, en esta etapa es fundamental crear hábitos de ejercicio que permitan equilibrar la salud, para ellos deben cuidar su alimentación; de igual manera en esta etapa se hace necesario las demostraciones de afecto, caminar en grupos, hablar con otros; todas estas acciones son significativas para el adulto mayor, quien se considera realizado en esta etapa de la vida, repercutiendo en una **salud emocional**.

Además de la entrevista a profundidad, se aplicó el modelo Circumplejo de Olson, el cual fue diseñado entre 1979 y 1989, con el objetivo de evaluar la **percepción del funcionamiento familiar** en dos aspectos adaptabilidad y cohesión; el cual se mide a través de la Escala Likert, se compone de 9 preguntas divididas en áreas o dimensiones como: Control, Tiempo y amigos, Límites familiares, Roles y reglas, Disciplina, Vinculación personal, Interés y recreación, Roles y reglas, Apoyo y Liderazgo en la cual para la cohesión se indaga sobre aspectos actuales de su grupo familiar y la adaptabilidad integra la visión de cómo desearía que fuera su núcleo familiar. (Ver anexo A. Formato entrevista modelo Circumplejo de Olson).

Tras la aplicación de la entrevista al adulto mayor y su núcleo familiar, se procede a realizar la interpretación de los resultados arrojados a través de la Escala Likert, permitiendo observar que el tipo de familia correspondió al tipo “**extrema**”, desde la visión contextual, la familia y sus miembros se encuentran un ámbito de convivencia donde sus hábitos son claramente establecidos y los roles que ejercen cada uno de ellos, no permiten una modificación o variación, en la entrevista se detectó que ellos, consideran que se sienten cómodos desempeñando el papel dentro del núcleo, además que anhelan continuar con este tipo de costumbres.

Desde la variable de la cohesión el tipo de familia fue de desligada, asociando que sus miembros son seres individuales que desarrollan tareas independientes y cumplen con la asignación de roles, sin embargo, su participación dentro del núcleo familiar tiende a ser individualista para de esta manera mantener una sana convivencia entre todos.

Así mismo, la percepción que arrojo desde la variable adaptabilidad señala que es Rígida, es decir, allí el tipo de liderazgo que se maneja es autoritario, pero dentro del respeto por cada uno de sus miembros y sin violentar o agredir a otros. Es un claro reflejo de las dinámicas entre las cuales se asocia el manejo de hábitos y costumbres que describen el nivel de cultural del núcleo familiar.

Lo anterior, permite observar los aspectos en la visita, donde se observa, que cada uno de sus miembros mantiene roles preestablecidos, donde su asume el sentido de la responsabilidad, cumplimiento y respeto por los demás, cada uno tiene una actividad a desarrollar. En cuanto al ámbito económico, la señora (M.L.) y el señor (M.A.) son los encargados de generar los ingresos para el sostenimiento de la vivienda en sus necesidades básicas.

Es importante mencionar que aunque los roles en cada miembro son rígidos, los afectos que tienen a nivel interno son fuertes, cada integrante se apoya en el otro y juntos cuidan del hermano (G.L) quien presenta algunas limitaciones o discapacidades.

En cuanto al resultado en el cual se observa que es una familia desligada, ellos aunque conviven, tienen un estilo de convivencia independiente, es decir, cada uno de ellos realiza sus actividades en el caso del señor (M.A.), quien es ebanista y la señora (M.L.) que realiza las costuras para los muebles, cortinas, entre otras.

El sistema de adaptación es extrema, porque sus miembros se sienten cómodos con cada uno de los roles que actualmente desarrollan en su casa, y consideran que así se sienten bien y que no quieren ser modificados en un futuro deseable; entonces se consideran que cada una de sus actividades se ajustan a las necesidades de los demás y no interfiere en las de otros.

5.2 PERCEPCIONES LA VEJEZ Y EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

La percepción de la vejez en el núcleo familiar permitió señalar que los miembros del grupo familiar sobre el proceso de envejecimiento, el señor (M.A.) respondió que “solo se envejece la cédula”, y agregó: “van pasando las etapas, niñez, adolescencia, y pues realmente, nada “uno hay veces se mira al espejo y dice ahí juemadre tengo miles de arrugas, se sale uno del espejo, en el caso mío yo trabajo y cobro lo mismo que como hacia hace veinte años”.

Con lo anterior, se logra identificar que tiene claro cuál es el ciclo de vida del individuo. A partir de ahí, él considera que son etapas que se van cumpliendo, y actualmente se encuentra en la **vejez**, pero él no lo percibe de esa manera,

porque continua desarrollando actividades laborales que le hacen sentirse productivo.

En el caso de la señora (M.L.) quien refiere: “Para mí la vejez es el resultado de como uno se cuidó en la juventud y cuando uno dice cuidarse es en lo que uno come”.

En función de esta perspectiva se evidencia que consideran importante el cuidado y los buenos hábitos alimenticios, físicos y emocionales para mantener en equilibrio el cuerpo, de esta manera se puede proyectar un estado de vida saludable.

Como individuos fueron acondicionados en un entorno apropiado, saludable y armónico para llegar a la vejez.

5.3 CARACTERÍSTICAS SOCIALES, ECONÓMICAS Y CULTURALES DE LOS ADULTOS MAYORES

Durante el desarrollo de esta investigación se logró establecer características **sociales, económicas y culturales** evidenciadas durante la entrevista aplicada al adulto mayor y su familia.

En ese sentido, el contexto social, relaciona que la **vivienda** del adulto mayor, cuenta con servicios públicos domiciliarios (agua, gas, energía eléctrica), que suplen las necesidades básicas de los miembros del hogar.

En cuanto al estrato social es de mencionar que vivienda es de estrato 1, la casa cuenta con 4 habitaciones una para cada uno de los hermanos, la que ocupaba el señor (L.L) esa habitación le fue asignada a él hijo del señor (M.A).

Adicional a ello, hay una sala, comedor y cocina, tienen un espacio para una biblioteca, donde cuentan con una colección de libros de diversos géneros literarios de gran valor sentimental y comercial.

En cuanto al rango de edad es de destacar que (M.L.) tiene 81 años; don (M.A.) tiene 63 años, y (G.L.) tiene 68.

En el contexto cultural, es de mencionar que los hábitos que la familia mantiene tales como: desayunan juntos en las mañanas, comparten espacios para conversar en familia, para tomar decisiones, hablar de las circunstancias diarias. En segundo lugar ellos expresaron que les gusta disfrutar de las reuniones familiares, entre los cuales destacan los paseos de olla, antes acostumbraban a celebrar los cumpleaños, y ocasiones especiales, en este tipo de reuniones acostumbran a compartir una comida, comparten de manera agradable.

En la familia asisten a la iglesia católica, viven en un ambiente lleno de valores, para ellos la ética es importante, el señor (M.A.) considera que la base de una familia es ser responsables, honestos, trabajadores, además resalta que la importancia de inculcar la Urbanidad de Carreño, eso hace que los individuos sean más respetuosos y por otro lado la práctica de los principios religiosos fomentan la formación de una familia.

Como se observa en la descripción de la entrevista, en la vivienda los miembros del grupo familiar disfrutan en diversos momentos y etapas de su vida de la lectura, ellos tienen diversidad de textos clásicos y la señora (M.L.) considera que esos libros son un regalo de su esposo, porque a él le gustaba leer mucho y ella los guardo con mucho cariño, sin embargo ella considera que comparte esta literatura obsequiándola a la institución educativa Apys, para que los estudiantes puedan acceder a estos recursos educativos. En este aspecto, la señora (M.L.) deja entrever la importancia de compartir y de permitir que el conocimiento llegue a todas las personas.

En la familia se observa que sus miembros son colaboradores con la comunidad, se muestran muy receptivos a la hora de colaborar en su barrio, con sus vecinos son solidarios, comparten el afecto en familia con otras personas.

6. DISCUSIÓN

6.1. Dinámicas familiares: de esta categoría establecida emergieron las siguientes:

Subcategorías.

6.1.1. Comunicación:

Las personas que integran el núcleo familiar, son conscientes que hay horarios en los cuales es importante compartir en familia; como por ejemplo los desayunos, almuerzos y la cena, momentos claves para que mediante la comunicación puedan saber cómo están sus miembros y sus necesidades y así mismo satisfacerlas. Se evidencia una comunicación asertiva, bidireccional, la cual conlleva a que se creen fuertes vínculos de seguridad, confianza, amor, respeto y entendimiento los cuales contribuyen a la armonía del hogar (14).

6.1.2. Afecto

Se logra apreciar demostraciones de cordialidad y nobleza que sencillamente demuestran que no hay carencia de expresiones de afecto (simpatía o cariño), las cuales llevan a la autoridad del grupo familiar (14).

6.1.3 Unión afectiva

Se resalta en esta subcategoría que la continua interacción esta cimentada e inspirada en el respeto reciproco, el cariño y la amistad, la cual tiende a mantenerse y continuar. (36). Estas tres subcategorías las cuales fluyen al interior de la familia del adulto mayor sujeto de estudio, concuerdan con las investigaciones realizadas por, Minuchin (1977) el cual define la estructura familiar como “el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia”. En cuanto a la relación de los procesos y la dinámica a nivel interna y externa de la familia, se evidencian pautas en relación a la comunicación, el crecimiento histórico y evolutivo de la familia, los vínculos afectivos, los mecanismos de adaptación y de resolución de conflictos (14).

6.1.4. Autoridad

De igual manera, la subcategoría de autoridad en la cual se observa que la familia del adulto mayor presenta rasgos de autoridad cooperativa, asociando que cada uno tiene roles previamente establecidos y cumplen con estas actividades; por tanto, existe un nivel de autoridad, pero anteponen el respeto por cada uno de sus integrantes, con base en lo planteado por Jean Piaget (1974) y Lawrence Kohlberg (1978). Los cuales consideran que la construcción de normas y valores en la familia se encuentran inmersos en las conceptualizaciones formulados por autores

sobre el tema desde referentes psicológicos para tratar de establecer como emerge el desarrollo moral de la persona y la forma como estructura sus referentes axiológicos (12)

6.1.5 Convivencia

El grupo familiar está en constante y continua interacción, prioriza la armonía familiar, la brusquedad constante de espacios para compartir las vivencias diarias con respeto y afecto. Tal como lo refiere autores como Cusinato (1994), Gimeno (1999), Satir (1978), Hernández (1998) y Sarmiento (1994), consideran que la relación es un proceso de interacción entre los miembros de una familia, lo cual conduce a la construcción de la siguiente definición: las relaciones familiares están construidas por las interacciones entre los miembros que integran el sistema (10)

6.1.6 Roles

Esta subcategoría es un reflejo del compromiso, responsabilidad y afecto que existe; de tal manera que en el contexto familiar se asume cada circunstancia de alegría, de tristeza considerando que lo principal es el respeto y el amor. Lo cual según Sánchez (1980), señala que la familia: “Es un grupo de personas que conviven bajo un mismo techo organizados en roles fijos (padre, madre, hermanos) con un modo de existencia económico, social, afectivo, también regidos por principios y normas conformando así un sistema, un sistema compuesto por personas de diferentes edad, sexo y características” (41).

6.2. Características situación socioeconómicas: de esta categoría establecida emergieron las siguientes subcategorías.

6.2.1. Seguridad económica

En esta subcategoría se logró evidenciar una estructura familiar sólida, en tanto que la familia vive en condiciones favorables, ya que cuenta con servicios públicos básicos como agua, luz, alcantarillado, que la hacen merecedora de un estrato social tres. Y desde la visión económica, hace mención Guzmán, José Miguel (2002) a la capacidad de disponer de forma independiente de una cantidad de recursos económicos, regulares y suficientes para garantizar una buena calidad de vida. (7)

6.2.2. Seguro y protegido. Es de mencionar que en el grupo familiar, se sienten seguros porque cuentan con una vivienda, con una forma de empleo que les

permite obtener ingresos para satisfacer sus necesidades básicas. Siendo así como lo plantea Maslow. En cuanto a que las necesidades de seguridad surgen cuando las necesidades fisiológicas están satisfechas y se refieren a sentirse seguro y protegido, las cuales la seguridad física asegura la integridad del propio cuerpo y las necesidades de vivienda, cubren la de protección. (22)

6.3. Percepción de envejecimiento y vejez: de esta categoría establecida emergieron las siguientes subcategorías.

6.3.1 Desde la salud física y salud Psicológica. Una posición que tiene la familia estudiada sobre la etapa de la vejez, en la cual se señala que “Para mí la vejez es el resultado de como uno se cuidó en la juventud y cuando uno dice cuidarse es en lo que uno come”. Ante este concepto, el Ministerio de Salud sugiere “promover el ejercicio físico, comer sanamente, manejar el estrés y mantener una vida social activa”. Lo que nos lleva a identificar la percepción idónea por parte de la familia en cuanto a la calidad de vida de sus integrantes en la etapa de la vejez. (27)

En cuanto a las necesidades básicas, es importante resaltar que Maslow sugiere que son: fisiología (alimentarse, respirar, caminar), seguridad (seguridad física, empleo, salud, propiedad privada), afiliación (amistad, afecto), reconocimiento (confianza y respeto), autorrealización (moralidad, creatividad, espiritualidad) . (22)

En cuanto a las necesidades básicas en el hogar seleccionado se logró evidenciar que en cuanto a la salud, tienen buenos hábitos alimenticios, que les proporcionan una condición adecuada para mantener una calidad de vida activa, en la que sus achaques normales no les limiten su desarrollo en el entorno. (22)

En cuanto al factor de seguridad, se evidencia que los miembros de la familia cuentan con una vivienda propia, en la cual conviven y además suplen la necesidad de seguridad. (22)

La variable de filiación, es la más significativa del proceso investigativo porque se observa que la familia mantienen lazos muy intrínsecos que los mantienen unidos, activos en la cordialidad y armonía. (22)

Otro aspecto tiene que ver con el reconocimiento, en el cual se asocia la confianza existe entre sus miembros, la colaboración para mantener el hogar en óptimas condiciones, además de apoyarse los unos a los otros en cada una de las situaciones que enfrentan a diario.

Finalmente, la autorrealización de esta familia, se centra en la capacidad que tienen para afrontar las dificultades, de aprovechar las ventajas que tienen para sobresalir en el entorno.

En cuanto a lo formulado por el Ministerio de Salud y la Organización Internacional del Trabajo (OTI), cuando señala que es importante la creación ó reestructuración de los entornos físicos y sociales para el adulto mayor, de tal manera que no se conviertan en un obstáculo, sino que por el contrario sean tenidos en cuenta como parte funcional de la sociedad, donde su experiencia sea el reflejo de las condiciones de vida que ofrece el Estado a los adultos mayores. (5)

La delimitación de espacios entre los cuales la familia y el adulto mayor tengan un entorno saludable, es reflejo de la participación del Estado en la construcción de políticas y estrategias para la entrega de subsidios que faciliten la autorrealización de su estilo de vida.

A partir de esta necesidad, es necesario perfeccionar el sistema de seguimiento y entrega de subsidios para motivar al personal o cuidadores de los adultos mayores, que deseen ingresar a una institución de protección familiar.

Otra de las cifras que relaciona la OTI, y el Ministerio de Salud tiene que ver con los índices registrados de maltrato no es alarmante, se detecta un aumento de su incidencia. El perfil de la persona mayor maltratada y agresora es coincidente: la primera, mujer de muy avanzada edad en situación de dependencia, y la segunda, su cuidadora o cuidador. (1)

De igual manera es indispensable promover medidas de apoyo para quienes tienen la responsabilidad de brindar asistencia a las personas mayores, especialmente de aquellas en situación de dependencia, e iniciar acciones que contribuyan a reducir las causas del maltrato. Por otro lado, la imagen del envejecimiento en las generaciones más jóvenes es negativa. En general los y las jóvenes consideran que el envejecimiento es una etapa de pérdidas y como consecuencia, la vejez se convierte en una carga para la sociedad. No se puede olvidar que los jóvenes expresan una opinión más positiva en relación a las personas mayores, diferenciando entre el proceso de envejecimiento y quiénes lo viven.

Es preciso crear condiciones para fortalecer la imagen que la sociedad tiene de las personas mayores e implementar iniciativas de sensibilización con una perspectiva del ciclo de vida que concientice a las demás generaciones.

7. CONCLUSIONES

Aún existe un gran desconocimiento sobre la vejez y lo que implica estar pasando por la etapa de envejecimiento, lo cual trae consigo un deterioro natural físico, mental, orgánico, donde están muy implícita las emociones, las cuales juegan un papel importantísimo a la hora de nombrar a las defensas, se hable muy poco de la necesidades emocionales que tiene el adulto mayor las cuales deben ser suplidas por el entorno en el que se desenvuelve el adulto llamasen hijos, parientes, amigos, y por qué no nombrar al estado el cual debe intervenir rediseñando las concepciones existentes sobre adulto mayor y sobre lo que implica educar sobre estilos de vida saludables.

Es increíble como la realidad se presenta de una forma lógica y radical en la medida en que el bienestar del adulto mayor depende de su nivel socio económico y como La salud y el bienestar en la vejez es el efecto de las condiciones y practicas desarrolladas desde las etapas más tempranas de la vida hasta la edad adulta.

En el país persiste una amplia brecha social que se evidencia al analizar, entre otros aspectos, las diferencias significativas entre la esperanza de vida a los 60 años. Los cambios en el perfil epidemiológico de la población adulta mayor plantean un incremento de las muertes por enfermedades crónico - degenerativas, y la coexistencia de enfermedades crónicas degenerativas que predispone a un aumento de las discapacidades, con enfermedades infecciosas y transmisibles que afectan, principalmente, a la población en la etapa de vejez (17).

Sin embargo pudimos observar que pese a las dificultades que han tenido que afrontar la familia objeto de estudio, las han superado creyendo que la familia es lo más importante y que para ser una familia que permanece unida solo hay que: considerar que los seres humanos somos capaces de evolucionar, es decir uno aprende de las experiencias, yo pienso que si mi hermana cambiara, nosotros seríamos una familia perfecta.

8. RECOMENDACIONES

A los entes territoriales, si bien el Sistema Nacional de Salud se encuentra en un proceso de transformación de las prestaciones sanitarias, se identifican como aspectos importantes: la necesidad de adecuación de la infraestructura a las necesidades de la población adulta mayor, capacitar recursos humanos en salud en temas de geriatría y gerontología con miras a mejorar la calidad y calidez de la prestación de los servicios, priorizar en el desarrollo de programas de salud orientados a la atención de la población adulta mayor, mejorar el nivel de articulación de los diferentes niveles de atención y complejidad, mejorar la obtención de datos que permitan realizar un análisis más profundo de la salud mental de esta población.

A la universidad de los Llanos, continuar el programa de especialización en salud familiar en aras de promover conocimiento el cual es importante para empoderarnos frente a la actual forma de comprender a la familia Colombiana y saber la manera idónea de como intervenir para ayudar en las diferentes problemáticas que se presenten en el núcleo familiar. Tener como prioridad el y enseñanza de las necesidades emocionales del adulto mayor en todas las carreras, en aras de cultivar y promover el buen trato hacia la persona de avanzada edad.

A la comunidad, investigar, sobre los derechos y deberes que tiene la persona adulta mayor, aprender a proporcionar al adulto de avanzada edad el respeto, cariño y protección que merecen. Al adulto mayor: Informarse sobre que son estilos de vida Saludables, asegurarse de seguir las recomendaciones médicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colombia, Ministerio de Salud. Diagnostico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia. Diagnóstico. Bogotá: Minsalud; s.f.
2. El Tiempo - Ilano 7 Días. Preocupantes cifras de adultos mayores abandonados en Villavicencio. eltiempo.com. 2015 Septiembre: p. Unica.
3. Concejo dV. Proyecto de Acuerdo No.026. Por medio del cual se adopta la Política Pública de envejecimiento y vejez en el municipio de Villavicencio. 2015.
<http://www.concejodevillavicencio.gov.co/sites/default/files/documents/Proyecto de Acuerdo 026 de 2015.PDF>.
4. Alonso Galbán P, Sansó Soberats FJ, Díaz-Canel Navarro AM, Carrasco García M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. Revista Cubana de Salud Pública. 2007 Enero - Marzo; 33(1).
5. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de vida.. [Online].; s.f. [cited 2016 Febrero 17. Available from: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.
6. Eguiluz L. Dinámica de la familia. Un enfoque psicológico sistémico México D.F.: Pax; 2003.
7. Guzmán JM. Envejecimiento y desarrollo en América Latina - Población y desarrollo. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población ; 2002. Report No.: Serie 28.
8. Valdés C, Márquez O, Rendón L. Familia y desarrollo, intervenciones en terapia familiar. Funciones y dinámica de la familia Bogotá : Universidad Cooperativa de Colombia; 2007.
9. Organización Mundial de la Salud. Relaciones familiares. Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. [Online].; 2001 [cited 2016 Febrero 17 [Equipo de clasificación, evaluación, investigación y terminología. Ginebra (Suiza)]. Available from: <http://www.who.int..>
10. Macías M, Patermina M, Vargas C. Relaciones familiares en familias desplazadas por la violencia ubicadas en "la cangrejera" corregimiento de Barranquilla, Colombia. Psicología desde el Caribe. 2004;(14): p. 91-124.
11. Tovar RP. Familia, género y antropología. 2003..
12. Gutiérrez De PV. La familia en la perspectiva del año 2000. Una comprensión dinámica y los retos de la convivencia. Bogotá D.C.: Magisterio ; 1997.
13. Gallego HAM. Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. Revista Virtual Universidad Católica del Norte". 2012 Febrero - Mayo;(35): p. 1-20.

14. Minuchin S. Familias y terapia familiar. Barcelona : Paidós ; 1977.
15. Valdés C. Familia y Desarrollo: Intervenciones en terapia familiarizado. 1993rd ed. Sonora : El Manual Moderno S.A.; 2007.
16. (BID) BIDD, Español CO. Seminario - Taller Seguridad Económica del Adulto Mayor en América Latina y el Caribe. 2004 Febrero 14. <http://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=86>.
17. CEPAL. Diagnostico nacional sobre la situación de las personas mayores en Panamá.. [Online].; 2004 [cited 2016 Septiembre 1. Available from: http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/0/19650/resumen_ej_panama.pdf.
18. Huenchuan S. Pobreza y redes de apoyo en la vejez. Acercamiento desde las diferencias de género. [Online].; s.f. [cited 2016 Septiembre 2. Available from: <http://docplayer.es/13146911-Pobreza-y-redes-de-apoyo-en-la-vejez-acercamiento-desde-las-diferencias-de-genero.html>.
19. Ramos EJ, Meza CAM, Maldonado HI, Ortega MMP, Hernández PMT. Aportes para una conceptualización de la vejez. Revista de Educación y Desarroll. 2009 Octubre - Diciembre.
20. Unam.mx. Teoria del desarrollo humano. [Online].; s.f. [cited 2016 Febrero 17 [p.8]. Available from: http://portalacademico.cch.unam.mx/materiales/prof/matdidac/sitpro/exp/psico/psico2/psicII/MD1/MD1-L/teorias_desarrollo.pdf.
21. Espínola RP. El proceso de envejecimiento en personas con discapacidad intelectual. [Online].; 2014-2015 [cited 2016 Febrero 17. Available from: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/98660/1/TFG_ES_Esp%C3%ADnolaRodr%C3%ADguezPatricia.pdf.
22. Morris CG, Maisto AA. Psicología General; 1997.
23. Martínez TA. Terapia sistémica de familia: evaluación crítica de algunos postulados. Revista Latinoamericana de Psicología. 1986; 18(1): p. 43-56.
24. BeatrizZuluaga.wordpress.com. Una mirada de la familia desde el enfoque sistémico. [Online].; 2007 [cited 2016 Febrero 17. Available from: <https://beatrizZuluaga.wordpress.com/2007/02/09/las-relaciones-de-pareja-y-su-influencia-en-los-hijos/>.
25. Forjaz M, Rodríguez-Blázquez C, editores.. Salud y calidad de vida de personas mayores con demencia institucionalizadas. [Online].; 2015 [cited 2016 Febrero 15. Available from: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=29/10/2015-8c02524270>.
26. Agencia Pandi. org. ¿Qué está haciendo Colombia por las personas mayores?. [Online].; s.f. [cited 2016 Febrero 17. Available from: <http://www.agenciapandi.org/que-esta-haciendo-colombia-por-las-personas-mayores>.
27. Chan M. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Online].; s.f.

[cited 2016 Febrero 17. Available from: <http://www.who>.

28. Gordillo CDP. Los adultos mayores en el sistema socio-familiar. [Online].; 2015 [cited 2016 Febrero 17. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22974/1/tesis.pdf>.
29. Aida. CD. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2012 Abril - Junio; 28(2).
30. Fernández BS, Almuiña Güemes Marcia ACOBMB. Factores psicosociales presentes en la tercera edad. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2001 Mayo-Agosto; 39(2).
31. Camino Sánchez MN, Bustamante Edquén S. Reaprendiendo el amor a la vida: Estudio fenomenológico en beneficiarios del Centro del Adulto Mayor. In Crescendo. 2012; 3(1).
32. Gordillo CDP. Los adultos mayores en el sistema socio-familiar. 2015. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22974>.
33. Sánchez PLM, González PU, Alerm GA, Bacallao GJ. Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2014 Marzo-Abril; 13(2).
34. Montes de Oca V, Hebrero M. Dinámica familiar, envejecimiento y deterioro funcional en México. Kairós. 2008 Junio; 11(1): p. 143-166.
35. Cervera EL, Hernández RR, Pereira JI, Sardiñas MdOO. Caracterización de la atención familiar al adulto mayor. Revista Archivo Médico de Camagüey. 2008 Noviembre-Diciembre; 12(6).
36. Yárnoz YS. ¿Seguimos descuidando a los padres? El papel del padre en la dinámica familiar y su influencia en el bienestar psíquico de sus componentes. Anales de Psicología. 2006 Diciembre; 22(2).
37. de-la-Torre-Fernández R, Bouza--Cabrera L, Cabrera--Parra Y, Báster-Fernández N, Zaldívar-Velázquez Y. Programa educativo para elevar la calidad de vida en el adulto mayor. Correo científico médico. 2012; 16(2).
38. Asamblea Nacional Constituyente, Colombia. Constitución Política de Colombia. [Online].; 1991 [cited 2016 Febrero 17. Available from: www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125.
39. Flavia VEB. Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. Terapia psicológica. 2012 Julio; 30(2).
40. Murillo J, Martínez C. Investigación Etnográfica - Métodos de Investigación Educativa en Ed. Especial. [Online].; 2010 [cited 2016 Febrero 21. Available from: https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/I_Etnografica_Trabajo.pdf.
41. Mortiz J. Cuadernos: Familia y sociedad de México, Citando a Sánchez (1980). s.f..

ANEXOS

Anexo 1. Formato entrevista modelo Circumplejo de Olson











Aplicación modelo circumplejo de Olson Face III. Cohesión familiar.

Aspectos a evaluar	Ítem	Casi siempre	Muchas veces	A veces si, a Pocas	Casi nunca
Control	2. En mi familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.	X			
Tiempo y amigos	3. Aceptamos los amigos de los miembros de mi familia	X			
Limites familiares	7. Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre sí que con la gente de afuera.				X
Roles y reglas	8. Mi familia cambia el modo de hacer las cosas				X
Disciplina	10. En mi casa, padres e hijos también toman los castigos.			X	
Vinculación personal	11. Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otro.		X		
Interés y recreación	13. Cuando mi familia, se reúne para hacer alguna actividad en común, todo el mundo está presente.			X	
Roles y reglas	16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.				X
Apoyo	17. Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones.		X		
Liderazgo	18. Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia.				X

Resultado:

X =
COHESIÓN
16

Aplicación modelo circumplejo de Olson Face III. Adaptabilidad familiar.

Aspectos a evaluar	Ítem	Casi siempre	Muchas veces	A veces	Pocas veces	Casi nunca
Control	2. En mi familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.					
Tiempo y amigos	3. Aceptamos los amigos de los miembros de mi familia					
Limites familiares	7. Los integrantes de mi familia se sienten más unidos entre si que con la gente de afuera.					
Roles y reglas	8. Mi familia cambia el modo de hacer las cosas					
Disciplina	10. En mi casa, padres e hijos también toman los castigos.					
Vinculación personal	11. Los miembros de mi familia nos sentimos muy unidos unos a otro.					
Interés y recreación	13. Cuando mi familia, se reúne para hacer alguna actividad en común, todo el mundo esta presente.					
Roles y reglas	16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.					
Apoyo	17. Los miembros de mi familia nos consultamos entre nosotros para tomar decisiones.					
Liderazgo	18. Es difícil identificar quien tiene la autoridad en nuestra familia.					

Resultado:



ADAPTABILIDAD

13

Interpretación de los resultados aplicados a la familia

Impares	11=	4
	17=	4
	7=	1
	3=	5
	13=	2
Total Cohesión		16

Pares	18 =	5
	2=	4
	10 =	2
	8=	1
	16=	1
Total adaptabilidad		13

Se procede a sumar los pares = 13 ----- Adaptabilidad
 Sumar los impares= 16 ----- Cohesión

$$29 / 2 = 14,5 = 14$$

Puntaje Baremo para hallar tipo de familia ---- $14 / 2 = 7$

Cohesión: desligada.

Adaptabilidad: Rígida

Tipo de familia: Extrema

Anexo 2. Transcripción entrevista en audio familia Leal.

Psicóloga: ¿Doña María Luisa y donde se encuentra don Luís?

María Luisa: “se murió”

Psicóloga: ¿Cómo así, que le pasó?

María Luisa: “Mi hermano estaba en el hospital, yo estuve con él como hasta las 12:00 o 1:00 pm del hospital y estábamos desde las 5:00 de la mañana eh... cuando llegó mi hermana Rosa, Luís decía: “por favor suélteme que estoy que me muero de ese dolor que tengo acá”, yo me voy a buscar quien me ayude para que no sufra porque yo no puedo, por allá de chiripa se consiguió un enfermero y fue y le ayudo pero... ya tenía esta parte morada.

En el hospital duro 4 días hospitalizado, en la clínica del hombre y de la mujer duro 36 días. Y que le hicieron nada Luis salió hecho un tonto que ni coordinaba idea, ¡Mejor dicho, no sé si sería la enfermedad o lo que le hicieron, que no le sirvió para nada! Luis salió muy diferente a lo que es él.

Yo si estoy muy desilusionada del servicio médico no sirvió para nada, para nada es para nada”.

P/ Psicóloga: ¿Qué servicio médico tenía el señor Luis?

María Luisa: De la clínica cooperativa, lo sacaron el jueves y sabiendo ellos que Luis tenía neumonía, lo sacaron un martes que hizo un frio aterrador, que parecía Bogotá.

María Luisa: ¿Sabe usted, a qué horas lo sacaron de la clínica? Sabiendo los médicos que tenía Luis Neumonía, lo sacaron a las 10:00 p.m y yo que iba a imaginar que iba a llegar tan tarde, por eso yo no le mande con el otro hermano chaqueta, y llego aquí ese hombre pasadito de las 12:00 p.m y duro el martes en la noche y uno sin saber nada de medicina, duro el miércoles, medio comió y el jueves ya no comió y entonces que hicimos llamamos una ambulancia para que lo llevaran otra vez a la clínica y ya murió el día sábado a las 4:30 a.m, eso fue hace 15 días.

Psicóloga: y ¿Qué diagnóstico que le dieron?

María Luisa: “No, el diagnóstico que el tenía neumonía”

Yo sabía que él tenía neumonía y yo le dije a Miguel Ángel, como serán esos médicos de desgraciados, por no decirles más nada.

¿Cómo van a sacar a Luis a esta hora con este frio y sin abrigo?, pues la neumonía es una enfermedad tan grave, porque es una enfermedad supremamente grave, por eso murió el Sábado.

Psicóloga: Lamentamos la perdida señora Luisa, pero comentenos ¿ha sentido, la energía del señor Gustavo en la casa?

María Luisa: “no”

Psicóloga: ¿no...?

María Luisa: “No él no ha venido, por lo menos yo no lo he sentido así”.

Gustavo, él del palito dice que lo ve, pero eso son mentiras de él; porque un día estábamos haciendo un rosario, y paso la gata y le rozo la mano con la cola y él

dijo que era que Luis le habían cogido la mano, pero esa son imaginaciones de él, Como ellos dos mantenían peleando, en cambio nosotros no, nosotros con él nunca peleamos. Por ahí, a veces se ponía bravo y le decía: bájele al tonito jovencito que usted no tiene por qué gritarme a mí. Pero de ahí no pasaba.

Psicóloga: Doña María Luisa ¿Cómo describiría usted la relación que tenía con su hermano Luis?

María Luisa: “Bien, como él nunca se fue de la casa, él se salió de la casa paterna y vino a parar aquí, y aquí murió, aquí murió no, de aquí salió”

Psicóloga: ¿y cuantos años convivio con usted?.

María Luisa: “aquí duro quince años”.

Psicóloga: ¡Quince años!, ¿El, nunca se organizó?, ¿Formo familia a parte?

María Luisa: “si, él tuvo una novia, pero de ahí nunca paso, inclusive había una muchacha, ya esta vieja también, vivía enamorada de él, pero el porquería no le paraba bolas. Cosas de juventud”.

Psicóloga: Doña María Luisa, ¿sumerce se maquilla solita los ojos o es maquillaje permanente?

María Luisa: “si señora, yo me maquillo solita los ojos”

Psicóloga: ¿o sea que tiene buen pulso?

María Luisa: yo sí, gracias, por eso les digo que a pesar de la edad mía, bendito sea el señor, tengo muy buena vista, yo salgo sola al centro, yo le sacaba las citas a Luis, yo lo llevaba al médico y era la que le hacía todo. (salud física)

Psicóloga: Doña María Luisa, ¿Qué significa para usted la vejez?

María Luisa: “Para mí la vejez es el resultado de como uno se cuidó en la juventud y cuando uno dice cuidarse es en lo que uno come”.

Psicóloga: Doña María Luisa, ¿usted cómo esta su salud?

María Luisa: Yo estoy enferma, porque yo sufro de artrosis, eso sí es lo que me tiene molesta a mí, la artrosis, en los brazos, tengo en las rodillas, eso a mí no me gusta estar tomando esas pastas para el dolor, entonces dejo de tomármelas uno o dos días y empieza ese dolor, a doler esas rodillas, pero yo trabajo”.

Psicóloga: ¿su merced sabe qué tipo de artrosis tiene?

María Luisa: “no”

Psicóloga: y hace cuánto tiempo.

María Luisa: “Yo llevo con eso como tres años”

Psicóloga: ¿Doña María Luisa, su negocito, que servicios ofrece, son clientes o son clientas?

María Luisa: “lo que llegue madre”

Psicóloga: ¿Qué es lo que le mandan a hacer?

María Luisa: “porque a mí me mandan a hacer cortinas, a veces viene un señor, bueno que necesito esto, que necesito unos cojines, eso puede venir cualquiera a que le haga forros para muebles, manteles, tendidos, todo eso y es lo que me gusta hacer, porque yo se la modistería, pero no me gusta, yo de joven trabaje en eso y me aburrí, porque eso llegan, en esa época como no vendían casi ropa hecha, o si la vendían era muy cara, hoy en día se consigue ropa barata, entonces hoy en día no vale la pena hacer ropa tampoco. Entonces, en esa época era muy cara la ropa comprada hecha, eso era un lujo, comprar la ropa hecha, entonces,

ahí que me hagan un vestidito que yo mañana sin falta le pago, yo mañana vengo a pagarle, se pasaba ese mañana, sin pagarme, sin saber cuántas mañanas, de pronto se encontraba uno a la cliente y le decía me hace el favor y me paga, y le dicen a uno, yo no tengo plata usted quiere que yo me valla a robar para venir a pagarle. Y ya me fui para Bogotá estaba yo joven, a hacer cortinas que yo me metí donde empecé a trabajar, diciendo que sabía, mentiras yo no sabía que estaba haciendo, que iba a hacer, pero yo dije que yo si sabía”.

Y así empecé a hacer cortinas y poniendo riata.

Psicóloga: Usted es una artista, y esto es una máquina, es una fileteadora. **María Luisa:** es una fileteadora, porque la otra se me daño y está por ahí, **Psicóloga:** o sea que sus ingresos económicos es por lo que le dan su arte o su habilidad para trabajar con estas telas, estas máquinas, que obviamente trabaja con telas para hacer, cojines, cortinas, muebles,

María Luisa: yo tengo varias partes, que me hacen descuento, todo eso yo tengo ya listo.

Psicóloga: Yo tengo una cortina que hay que mandarle a cortar, ¿puedo traerla para que me le haga el arreglo?

María Luisa: claro

Psicóloga: a bueno entonces voy a venir.

María Luisa: ja, ja, ja.... y hago unos muñecos de navidad hermosos, voy a ver si hago también, una ratona, eso estaba pensando ahorita en la cocina, voy a hacer una ratona para rifarla, ya que tanto falta para navidad.

Psicóloga: y doña María Luisa, esta biblioteca tan linda, todos esos libros, todas esas ciencias.

María Luisa: Todas esas ciencias, no hayo si regalarlos a la Apys o a la Guatiquia.

Psicóloga: Pero no son cualquier libro.

María Luisa: si es una biblioteca bien buena, sino que estos libros, va uno a venderlos y nadie se lo compra, porque eso no vale nada.

Psicóloga: No, pero yo voy a averiguarle, a ver a quien le interesa, por ejemplo este del Che Guevara

María Luisa: si claro, son libros buenos y nada baratillos, esa que esta allá cuando la compre, me costó unos seiscientos mil pesos.

Psicóloga: y para quien la compro.

María Luisa: Porque mi marido, el que yo tenía era aficionado a eso,

Psicóloga: era un hombre muy culto,

María Luisa: si, a él le gustaban, el los pedía y a la hora de la verdad me tocaba pagarlos a mí.

Psicóloga: eso es el amor,

María Luisa: ja, ja, es la pendejada de uno más bien.

Psicóloga: no de eso se trata el amor, de estar contentos.

Psicóloga: le cuento que usted tiene en esta biblioteca libros de gran importancia, que se pueden valorar en interés económicos grandes. En estos libros, usted tiene un tesoro.

María Luisa: a mí me gusta leer, lo que pasa es que no me queda tiempo, porque yo hago todos los oficios y me toca trabajar. Pero a mí me fascina leer.

Psicóloga: o sea que: ¿usted se considera una mujer romántica, que le gustan los detalles?

María Luisa: a mí me gusta todo, los libros le ayudan a uno mucho, por ejemplo ahí, está el de hierbas, yo tomaba muchas hierbas por ejemplo la ortiga.

Psicóloga: y para que la toma

María Luisa: por ejemplo, le limpia a usted la sangre, (salud) y Cultura

Psicóloga: ¿Cuánto tiempo duro casada con su esposo?

María Luisa: casados no, pero duramos (21) veintiún años.

Psicóloga: 21 años en unión libre, es bastante tiempo, pero cuéntenos el secreto para durar 21 años conviviendo en pareja.

María Luisa: Los Valores, el respeto, hay cosas que no son fáciles de llevar.

Psicóloga: ¿Y como es la convivencia con sus hermanos?

María Luisa: Después de tantos años ya uno sabe las cosas que tiene uno que hacer y ellos también, colaboran, por ejemplo mi hermano Miguel Ángel, es ebanista, él vive acá conmigo con su hijo, o sea mi sobrino, el termino de estudiar este año, que entre otras cosas, está buscando trabajo, el estudio cartografía, él vivió en España también y allá hizo topografía, no terminó allá se graduó acá por venirse para Colombia. (Educación –roles –estudio)

Psicóloga: ¿Su hermano el ebanista le colabora económicamente?

María Luisa: Si claro, él es el que paga servicios y hace los arreglos de la casa, el hizo el cielo raso, el hizo la biblioteca, el me ayuda. (Apoyo – solidaridad – colaboración)

Psicóloga: Doña María Luisa, ¿Quiénes son las personas que viven actualmente con usted en esta casa?

María Luisa: Ahora vivimos tres, Gustavo el del palito, Miguel Ángel el ebanista con su hijo Miguel Angel y yo. .

Psicóloga: ok. Y la niña que está con nosotros hoy ¿Quién es?

María Luisa: la niña la cuido los miércoles y los sábados, la mamá está trabajando. Entonces a ella me la traen a las seis y media y se la llevan a las cinco. O por ahí, que ella tiene que hacer algo, y me deja la niña, se amaña mucho conmigo, (COMO SE LE LLAMA CUANDO UNA PERSONA HACE FAVORES)

Psicóloga: a bueno entonces la niña le hace compañía.

Doña María Luisa, cuéntenos un poco de las características de personalidad de Don Gustavo.

María Luisa: ja, terrible (risas.....)

Psicóloga: y cuando dice terrible a que se refiere,

María Luisa: El es muy desobediente, muy grosero, el no hace caso, todo lo que se imagina es así o debe ser como el dice, no es lo que uno le diga,

Psicóloga: pero ¿grosero de palabra, o grosero de actos?.

María Luisa: desobediente, echa la madre a cualquiera, no le importa ni respeta nada y ni a nadie.

María Luisa: hay días que el amanece que no se le puede hablar, desde que él se despierta ya está echando madres y fregando por ahí.

Psicóloga: ¿cómo lo define usted?

María Luisa: Para mí, voy hacer una comparación, pero no me la tomen a mal, mi hermano parece como un animalito, el por ejemplo coge la naranja, él la pela pero con los dientes, él no se da maña de pelar la naranja como se pela normal, él no puede, él tiene que meterle los dientes.

Entonces yo digo para mí, Gustavo parece un animalito, que pesar, a mí me da mucho pesar de él. Por eso no lo hemos metido a un ancianito. (amor, comprensión, afecto solidaridad yo no se.)

El no conoce la ropa de él, si usted deja un pantalón suyo y el se tiene que poner un pantalón, no ve la diferencia entre un pantalón de mujer y uno de hombre y él se lo coloca sin pensar y dice ese es mío, pero si uno le dice eso no es suyo, no pelea él sabe que no es de él.

Psicóloga: o sea que él es como cascarrabias

María Luisa: si un poquito.

Psicóloga: Cual es la fecha de nacimiento del señor Gustavo.

María Luisa: pues hay un error, porque en la cédula tiene una fecha, pero la fecha de nacimiento es 29 de junio de 1948.

Psicóloga: nunca fue casado,

María Luisa: no, no le digo que él no sabe nada de él ni de nada. Él le gusta pelear, pero él no sabe que está diciendo.

Psicóloga: no estudio

María Luisa: No quiso, él no sabe nada, el no estudio, no conoce la plata, el no conoce nada. (Doña maría luisa es una cuidadora muy responsable, comprensiva, respetuosa, paciente muy buena hermana).

Psicóloga: ¿Cuáles son las cosas positivas de él?

María Luisa: pero que será lo positivo en Gustavo,

Psicóloga: algo bueno que usted le vea a él.

María Luisa: es que hay veces que el habla y otras no habla. Entonces ahí como...

Él, se sienta toda las mañana en esa silla y solo cuando ya está que se revienta para ir al baño, se para y empieza a apretarse.

Psicóloga: como un niño

María Luisa: mmmuuu,,, entonces le digo por favor Gustavo acuérdesse que cuando le den ganas de orinar, parece y valla a orinar, pues nosotros lo ayudamos a ir, él se puede bajar solo, pero hay veces que nosotros le ayudamos le damos la mano, pero entonces él es con esa pereza de pararse.

Psicóloga: y ahorita donde quién está?

María Luisa: En la esquina, es que los vecinos de la esquina le acomodan una silla y le permiten a Gustavo sentarse ahí y ahí se esta, ellos venden buñuelos, empanadas, y eso ahí en la casa.

Psicóloga: ¿de qué horas a qué horas?

María Luisa: no ese hay veces se va temprano y se queda ahí, no tiene hora

Psicóloga: Doña María Luisa, ¿Es usted es la hermana mayor? ¿Cuál es su fecha de nacimiento?.

María Luisa: Yo soy más vieja que la panela mijita, (Risas...)

Yo nací el 2 de junio de 1935.

Psicóloga: Entonces sigue Miguel Ángel, ¿Cómo es Miguel Ángel?

María Luisa: Normal, Miguel y yo no tenemos problemas.

Psicóloga: ¿Cuántos años tiene su hermano Miguel?

María Luisa: Miguel nació el 16 de enero de 1953.

Psicóloga: ¿ustedes se celebran los cumpleaños?

María Luisa: No siempre.

Entrevista al señor Miguel Ángel:

Psicóloga: Don Miguel Ángel, muy buenos días, para nosotras es muy grato conocerlo y ya que nos ha escuchado hablar con su hermana que piensa usted del festejo de los cumpleaños.

Miguel Ángel: Anteriormente si nos celebrábamos los cumpleaños, cuando estábamos niños, más jóvenes, ahora con los años es que hemos dejado de celebrarnos los cumpleaños con torta, porque si nos felicitamos y pero en realidad todo es lo mismo, "solo se envejece la cédula".

Psicóloga: ya que menciona Don Miguel Ángel que "solo se envejece la cédula". ¿piensa usted de eso?

Miguel Ángel: Pues, lo que dije anteriormente, van pasando las etapas, niñez, adolescencia, y pues realmente, nada "uno hay veces se mira al espejo y dice ahí juemadre tengo miles de arrugas, se sale uno del espejo, en el caso mío yo trabajo y cobro lo mismo que como hacia hace veinte años". Por ejemplo empiezo a trabajar a las ocho de la mañana y buenamente me pueden dar las diez de la noche. Y si tengo que trabajar una noche completa yo lo hago, entonces no se sienten esos cambios, no se siente, a excepción de pronto de una enfermedad ya por cuestión de vejez, es diferente, pero desde que este uno normal no se sientes esos cambios.

Psicóloga: ¿Cómo ha sido ese transcurrir de los años para usted, Don Miguel Ángel?

Miguel Ángel: "normal como cuando fui joven". Pues he sufrido por ejemplo apendicitis, soy diabético y todo eso lo va uno asimilando, se va uno acostumbrando a las enfermedades, yo elimine el azúcar totalmente, entonces uno va acostumbrándose, hasta el momento no he tenido consecuencias difíciles, entonces me he abandonado de los controles, porque uno, porque me he sentido bien, y dos porque muchas veces llega uno a una clínica, y ni siquiera le miran a la cara, únicamente ta, ta, ta, van digitando y pocas veces un doctor o una persona preparada lo mira a uno minuciosamente por todas partes, entonces que pasa, últimamente que varios médicos, que pregunta y pregunta y ningún examen y eso lo desmotiva a uno.

Psicóloga: ¿Y, cuándo va a empezar los controles?

Miguel Ángel: ya esta semana inicio de nuevo los controles.

Psicóloga: oiga muy bien, para que lo recuerden doña María Luisa que va empezar esta semana. Si porque es bien importante porque es una enfermedad crónica que usted sabe que le puede avanzar de un momento a otro, no es solo erradicar el azúcar, hay otros alimentos que afectan el sistema.

Miguel Ángel: si es cierto, las harinas, en fin, esa es la parte en la que no me cuido yo, consumiendo muchas harinas,

Psicóloga: si pasan por un proceso y se convierten en azúcar y después el riñón no hace la misma función y entonces, es por eso que supuestamente se vuelven un veneno. Pero entonces, uno piensa y el arroz y pensar entonces como hago.

Miguel Ángel: “Exacto nosotros aquí en la casa, somos muy comelones de maíz y de arepas y eso es harina, y después a uno le toca usar el aparatito que mide el nivel de diabetes.

Psicóloga: Cambiando de tema, ¿cómo describe usted a su familia?

Miguel Ángel: “Bueno pues, yo considero que mi familia son personas muy agradables, yo convivo aquí, con mi hermana mayor, mi hermano y mi hermano que murió, y los inconvenientes que tenemos son los normales de una familia, por ejemplo: “¿Qué paso con eso?” o “¿Por qué no hizo lo uno, lo otro?”, pero del resto lo normal. Somos personas chéveres, entre nosotros no hay nada de drogas, pienso que en una familia que hay drogadicción, siempre hay problemas, nosotros no tenemos nada de eso, por tanto, para mí, yo diría que somos muy agradables”.

Psicóloga: Don (M.A) ¿Hay algo para usted importante que nos quiera comentar y que desee que sepamos?

Miguel Ángel: “Considero que es importante que las familias aprendan a vivir en armonía, se debe inculcar que se deben evitar los problemas como las drogas y de más problemas.

Porque por ejemplo, en el año 1973 opte por prestar el servicio militar, porque yo estaba empezando por el camino del mal, y por ende tome la decisión de cambiar mi futuro, aprovechando las oportunidades del medio y para el futuro yo diría que lo que se debe buscar es llegar a la vejez en condiciones idóneas”.

Psicóloga: ¿Cómo es la relación con su hermano?

Miguel Ángel: “la relación es buena, a pesar de que él es agresivo, pero dentro de esas cosas, hemos aprendido a sobrellevar las cosas, nosotros siempre estamos juntos sin importar las limitaciones que él tiene”.

Psicóloga: ¿cómo era la relación con Luis el hermano que falleció hace poco?

Miguel Ángel: “la relación fue muy buena”, a pesar que él poco hablaba, pero en términos generales siempre nos llevábamos bien.

Él vino a ser como mi padre, siempre fue un ejemplo para mí, él tuvo problemas de alcoholismo, pero siempre nos enseñó cosas.

Tuvimos muy buena relación, porque me enseñó la vida del campo y a pescar. Cuando el falleció me dio duro, pero no me quedaron remordimientos, sufrí mucho.

Psicóloga: ¿y con su hermano don Gustavo?

Miguel Ángel: “Bueno con él, la relación ha sido buena, aunque quiero contar que yo he cargado con él desde muy joven, siempre ha estado conmigo, nunca lo hemos dejado solo, si nos hemos sentado a comer un plato de arroz con huevo, él está ahí, si por el contrario la comida ha sido pollo también.

Con mi hermano él que es rebelde, bueno a pesar de todo nosotros somos una familia con problemas, pero siempre apoyándonos en todo. Sin importar su enfermedad, él es muy agresivo, pero a pesar de eso nunca lo hemos rechazado.

Psicóloga: ¿Con su hermana como es la relación?

Miguel Ángel: “es como mi madre, nos llevamos bien, mantenemos una relación muy agradable, mientras que con la otra hermana casi no nos vemos”

Psicóloga: ¿y cómo es ella?

Miguel Ángel: “bueno..., no me da pena decirlo, pero ella es muy diferente a nosotros tres, es una persona egoísta, solo vive para ella y sus hijas, y nosotros hemos tenido inconvenientes difíciles, porque yo le decía a Rosa que las obras de caridad se empiezan a hacer con la familia y a partir de ahí, con los demás, porque ella prefiere regalar un bulto de papa a los demás antes que a su familia”.

Psicóloga: Don Miguel ¿Usted y la señora Rosa piensan de forma distinta?

Miguel Ángel: “Sí, muy diferentes, nosotros no nos vemos, mi hermana María Luisa me dice, que no es bueno guardar rencores, pero es que mi hermana Rosa tiene una actitud difícil. Ella no piensa en su familia, por eso no somos compatibles”.

Psicóloga: ¿Cuál es la receta don Miguel, para lograr la familia que usted tiene?

Miguel Ángel: “Yo considero que los seres humanos somos capaces de evolucionar, es decir uno aprende de las experiencias, yo pienso que si mi hermana cambiara, nosotros seríamos una familia perfecta”

Psicóloga: ¿Cuáles fueron los valores, compromisos, responsabilidades que prevalecen en su núcleo familiar?

Miguel Ángel: “Pues los valores que tenemos, son la enseñanza que nuestra vieja nos dejó, es decir honestidad, responsables, trabajadores, respetuosos con los demás, ese es un punto funcional, “la urbanidad de Carreño” eran principios básicos donde uno aprende a formar individuos respetuosos. Otro aspecto es la religión, las enseñanzas religiosas ayudan a formar, por eso es que la juventud toma diferentes caminos, por la falta de enseñanza”

Yo he fracasado cuatro veces en el hogar, pero he mantenido la visión de mantener unas normas, para fomentar el respeto, pero ya casi no se conseguí eso en esta vida.

Psicóloga: nosotras nos permitimos felicitarlos y les agradecemos el habernos permitido realizar esta entrevista.

Miguel Ángel: fue un gusto, doctoras.

Anexo 3. Formato de consentimiento informado Familia Leal.

Anexo 4. Categorías

Categorías de la dinámica familiar Caso Leal. Mandar a anexos y describir cada categoría

	Categoría	Subcategoría	Observación
<p>Psicóloga: ¿Cómo es la relación con su hermano?</p> <p>Miguel Ángel: “la relación es buena, a pesar de que él es agresivo, pero dentro de esas cosas, hemos aprendido a sobrellevar las cosas, nosotros siempre estamos juntos sin importar las limitaciones que él tiene”.</p> <p>Psicóloga: ¿cómo era la relación con Luis el hermano que falleció hace poco?</p> <p>Miguel Ángel: “la relación fue muy buena”, a pesar que él poco hablaba, pero en términos generales siempre nos llevábamos bien.</p> <p>Él vino a ser como mi padre, siempre fue un ejemplo para mí, él tuvo problemas de alcoholismo, pero siempre nos enseñó cosas.</p> <p>Tuvimos muy buena relación, porque me enseñó la vida del campo y a pescar. Cuando el falleció me dio duro, pero no me</p>	Dinámica de familia	Comunicación	<p>Durante el proceso de investigación se logró establecer que la relación de comunicación que existe entre los miembros de la familia Leal es buena, siempre han mantenido una comunicación con respeto y cordialidad.</p>

	Categoría	Subcategoría	Observación
quedaron remordimientos, sufrí mucho.			
<p>Psicóloga: Cuando mi familia, se reúne para hacer alguna actividad en común, todo el mundo está presente.</p> <p>Miguel Ángel: pocas veces, pero es por cuestión de trabajo, no porque estemos entretenidos con el teléfono, y hoy en día con el internet, porque ya las familias no tienen tiempo.</p>	Dinámica de familia	<p>Comunicación</p> 	<p>Dan gran importancia al factor de atención entre sus miembros, ellos señalan que actualmente son pocas las veces que se reúnen todos, pero que esto obedece a falta de tiempo de sus labores, y no por motivo de actividades individuales de recreación, ellos señalan que la tecnología, como el internet y el teléfono no son motivo para no asistir a una reunión familiar.</p>
<p>Psicóloga: Cuando mi familia, se reúne para hacer alguna actividad en común, todo el mundo está presente.</p> <p>Miguel Ángel: muchas veces, a nosotros nos gusta mucho los paseos de olla, claro que ahora hay pocas oportunidades de reunirnos todos.</p>	Dinámica de familia	Comunicación	<p>El hecho que dediquen tiempo de sus actividades normales para realizar un paseo de olla, es reflejo de la importancia que dan a sacar espacios para compartir, disfrutar de la unión y darle un receso a sus actividades cotidianas.</p>
<p>Psicóloga: ¿Cómo considera usted que puede describir a su familia?</p> <p>Miguel Ángel: “bueno pues, yo considero que mi familia, son personas</p>	Dinámica de familia	Afecto	<p>Se logra evidenciar que al interior de este núcleo familiar es muy importante las expresiones de afecto, para ellos su familia es agradable, según lo</p>

	Categoría	Subcategoría	Observación
<p>muy agradables, yo convivo aquí, con mi hermana mayor (María Luisa), mi hermano (Gustavo) y mi hermano el que murió (Luís), y los inconvenientes los normales de una familia, por ejemplo que paso con eso, o porque no hizo algo, pero del resto lo normal. Somos personas chéveres, entre nosotros no hay nada de drogas, pienso que en una familia que hay drogadicción, siempre hay problemas, nosotros no tenemos nada de eso, por tanto, para mi yo diría que somos muy agradables”.</p>			<p>referido no tienen vicios (cigarrillo, alcohol, alucinógenos), siempre se apoyan y respetan el rol en el que se desenvuelve cada uno como ser individual, alcanzando una convivencia armónica.</p>
<p>Psicóloga: ¿Doña María Luisa y donde se encuentra don Luís? María Luisa: “se murió” Psicóloga: ¿Cómo así, que le pasó? María Luisa: “Mi hermano estaba en el hospital, yo estuve con él como hasta las 12:00 o 1:00 pm del hospital y estábamos desde las 5:00 de la mañana eh... cuando llegó mi hermana Rosa, Luís decía: <u>“por favor suélteme que estoy que me muero de ese dolor que tengo acá”</u>, yo me voy a buscar quien me ayude para</p>	Dinámica de familia	Unión afectiva	<p>Se observa que como hermanos tienen un vínculo emocional sólido, al igual se resalta que fluye con naturalidad, el sentido de solidaridad, ya que no se limitaron a prestarle una ayuda a su hermano, sino que implicó un compromiso que va más allá de un interés personal.</p>

	Categoría	Subcategoría	Observación
<p>que no sufra porque yo no puedo, por allá de chiripa se consiguió un enfermero y fue y le ayudo pero... ya tenía esta parte morada.</p> <p>En el hospital duro 4 días hospitalizados, en la clínica del hombre y de la mujer duro 36 días. Y que le hicieron nada Luis salió hecho un tonto que ni coordinaba idea, ¡Mejor dicho, no sé si sería la enfermedad o lo que le hicieron, que no le sirvió para nada! Luis salió muy diferente a lo que es él.</p> <p>Yo si estoy muy desilusionada del servicio médico no sirvió para nada, para nada es para nada”.</p>			
<p>Psicóloga: ah entonces estamos de luto, ¿lo ha sentido, en la casa? ¿él ha venido?</p> <p>María Luisa: “no”</p> <p>Psicóloga: no...</p> <p>María Luisa: “No él no ha venido, por lo menos yo no lo he sentido así, no Gustavo él del palito dice que lo vè, pero eso son mentiras de él; porque un día estábamos haciendo un rosario, y paso la gata y le rozo la mano así con la cola y él dijo que era que Luis le habían cogido la mano, pero</p>	Dinámica de familia	Autoridad	En la familia, se establece la autoridad, enmarca desde de la dinámica de autoridad en la familia, pero se resguarda el margen de

	Categoría	Subcategoría	Observación
esa son imaginaciones de él. Como ellos dos mantenían peleando, en cambio nosotros no, nosotros con él nunca peleamos. Por ahí, a veces se ponía bravo y le decía: bájele al tonito jovencito que usted no tiene por qué gritarme a mí. Pero de ahí no pasaba”.			
Psicóloga: o sea doña María Luisa comparte la casa, vuelve y me repite. ¿Quiénes viven acá? María Luisa: vivíamos cuatro hermanos, ahora vivimos tres, Gustavo el del palito, el ebanista que se llama Miguel Ángel, y yo. Y el hijo de Miguel Ángel que se llama igual que su padre.	Dinámica de familia	Convivencia	
Psicóloga: Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros. Miguel Ángel: casi nunca		Roles	Al querer evitar el dolor forma los vínculos afloraron en circunstancias adversas lo cual conllevo a que los miembros de la familia se movilizaran en pro del bienestar de don Luis y a la vez se evidenció el grado de apego emocional que hay entre sí.

Pregunta	Categoría	Subcategoría	Observación
----------	-----------	--------------	-------------

<p>Psicóloga: ¿Su hermano el ebanista le colabora económicamente?</p> <p>María Luisa: Si claro, él es el que paga servicios y hace los arreglos de la casa, el hizo el cielo raso, el hizo la biblioteca, el me ayuda. (apoyo – solidaridad – colaboración)</p>	Situación socioeconómica	Seguridad económica	Para el adulto, la seguridad y estabilidad es fundamental, para sentirse realizados, cuando ellos cuentan con una solvencia económica, pueden estar tranquilos y dedicarse a disfrutar de la etapa de la vejez. en el caso particular, ellos
---	--------------------------	---------------------	--

Pregunta	Categoría	Subcategoría	Observación
<p>Psicóloga: ¡Quince años!, Y él nunca se organizó, tuvo su familia a parte, no le conoció novia nada,</p> <p>María Luisa: “si él tuvo una novia, pero de ahí nunca paso, inclusive había una muchacha, ya esta vieja también, vivía enamorada de él, pero el porquería no le paraba bolas. Cosas de juventud”.</p>	Percepción de envejecimiento	Salud Física	El grupo familiar,
<p>Psicóloga: Doña María Luisa, ¿Qué significa para usted la vejez?</p> <p>María Luisa: “Para mí la vejez es el resultado de como uno se cuidó en la juventud y cuando uno dice cuidarse es en lo que uno come”.</p>	Percepción de envejecimiento	Salud Física	La vejez es considerada como una etapa de formación, que precede a la niñez, la adolescencia, juventud y adultez. En la que los hábitos saludables son la etapa de la vejez.
<p>Psicóloga: ya que menciona Don Miguel Ángel que “solo se</p>	Percepción de envejecimiento	Salud psicológica	Considerando la posición del señor Miguel Ángel, se

<p>envejece la cédula". ¿Piensa usted de eso? Miguel Ángel: Pues, lo que dije anteriormente, van pasando las etapas, niñez, adolescencia, y pues realmente, nada "uno hay veces se mira al espejo y dice ahí juemadre tengo miles de arrugas, se sale uno del espejo, en el caso mío yo trabajo y cobro lo mismo que como hacia hace veinte años". Por ejemplo empiezo a trabajar a las ocho de la mañana y buenamente me pueden dar las diez de la noche. Y si tengo que trabajar una noche completa yo lo hago, entonces no se sienten esos cambios, no se siente, a excepción de pronto de una enfermedad ya por cuestión de vejez, es diferente, pero desde que este uno normal no se sientes esos cambios</p>			<p>observa que él considera la etapa de la vejez como una fase del desarrollo, asocia los cambios desde una dimensión biológica y recrea un proceso de aprendizaje.</p>
---	--	--	---

Pregunta	Categoría	Subcategoría	Observación
<p>Psicóloga: y se ha sentido bien, no se ha sentido mal María Luisa: Si. Yo también estoy enferma, porque yo sufro de artrosis, eso sí es lo que me tiene molesta a mí, la artrosis. En los brazos, tengo las rodillas, ay eso a mí no me</p>	<p>Necesidades del adulto mayor</p>	<p>Salud física</p>	<p>La señora María Luisa informa que presenta un diagnóstico de artrosis, y que ella toma medicamentos y también medicina homeopática, para minimizar el impacto</p>

<p>gusta estar tomando esas pastas para el dolor, entonces dejo de tomármelas uno o dos días y empieza ese dolor, a doler esas rodillas, pero yo del resto, yo trabajo, yo tengo en cuenta, que yo a la edad mía yo estoy trabajando</p> <p>Miguel Angel: normal como cuando fui joven. Pues he sufrido por ejemplo apendicitis, soy diabético y todo eso lo va uno asimilando, se va uno acostumbrando a las enfermedades, yo elimine el azúcar totalmente, entonces uno va acostumbrándose, hasta el momento no he tenido consecuencias difíciles, entonces me he abandonado de los controles, porque uno, porque me he sentido bien, y dos porque muchas veces llega uno a una clínica, y ni siquiera le miran a la cara, únicamente ta, ta, ta, van digitando y pocas veces un doctor o una persona preparada lo mira a uno minuciosamente por todas partes, entonces que pasa, últimamente que varios médicos, que pregunta y pregunta y ningún examen y eso lo desmotiva.</p>			<p>de estas molestias. La salud física es vital para mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad, asociando que en esta etapa de la vida es vital para alcanzar la satisfacción personal.</p>
--	--	--	---

Anexo 5. Diario de Campo

Diario de campo Nro 1.

Fecha: Mayo -06-2016 Hora: 10: 00 am		
OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS
Búsqueda del informante	<p>El día viernes nos dirigimos a la casa de la representante legal del centro vida de la asociación San Benito la señora Resfa Marulanda, en la calle 24ª # 34-42 del barrio San Benito ubicado la cual no se encontró. Se realiza contacto telefónico e indica que el señor Rodrigo Pérez puede acompañarnos para contactar al adulto mayor previamente seleccionado por ella. A continuación nos dirigimos en compañía de el sr. Rodrigo y nos comenta que el también hace asiste al centro vida, pero que en estos momentos no está funcionando si no esporádicamente debido a que todavía no han autorizado nuevamente su funcionamiento. También nos refiere que está muy difícil hallar trabajo que da gracias a Dios por que en el centro vida aun colabora en tareas menores.</p> <p>Llegamos a la casa ubicada en la Kra 37 # 24ª-22 del barrio San Benito, realizamos un primer contacto con la señora María Luisa Leal mujer de 80 años de edad que nos recibe muy amablemente, le informamos que el motivo de nuestra visita está dirigida por que realizamos un proyecto de investigación el cual está liderado por la docente Emilce salamanca, también que solo estaremos realizando este proceso si ella acepta y que la información recogida solo es por motivos académicos.</p> <p>Una vez explicado iniciamos la</p>	<p>Se observa buena receptividad por parte de la familia. Con curiosidad por conocernos y saber que preguntas eran las que se le iban a realizar.</p> <p>En el momento de la visita se hallaban dos hermanos el señor Gustavo leal de 69 años y Luis María de 75 años. Los dos presentan una discapacidad física que les sucedió siendo muy pequeños.</p>

	entrevista.	
Reflexión:	El proceso permitió establecer la población que cumple los requisitos para asistir al Centro de Vida en San Benito, cumpliendo las necesidades de la investigación, a partir de ahí, se localizó la casa de la familia del adulto mayor. A partir de ahí, se procedió a establecer un vínculo en el cual, se indago sobre la los aspectos esenciales de establecer una comunicación asertiva con ellos, estableciendo criterios sobre las relaciones familiares.	

Diario de campo Nro 2.

Fecha: Junio -17-2016 Hora: 10: 00 am		
OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS
Identificación y desempeño de roles del núcleo familiar	<p>El día domingo nos dirigimos por segunda vez a la casa de la Sra. María Luisa Leal llegamos en las horas de la mañana. Al interior de la vivienda se encuentra que la sala hace parte del salón de costura y el comedor hace parte de la biblioteca. La cocina se encuentra totalmente aislada y hay dos habitaciones.</p>	<p>Fuimos recibidas de manera amable, la entrevista se desarrolló amena, tranquila y cordial.</p>
	<p>Sus hermanos Miguel Ángel y Gustavo no se encontraban en la casa en esos momentos.</p>	<p>Se indago a profundidad por los roles y la identificación de los mismos en la familia.</p>
	<p>Nos hizo seguir a la sala para realizar la entrevista, Se lee el consentimiento informado y se firma. Posteriormente de dio inicio</p>	<p>Durante la entrevista se hace necesaria una tercera visita para conocer a su hermano Miguel ángel el cual en estos momentos es importante porque su hermana se apoya mucho en él.</p>

	a la entrevista y durante el desarrollo de la misma interactuamos con ella y nos desplazamos por toda la casa para continuar la entrevista y así poder realizar un reconocimiento y tejer su historia de vida.	
Reflexión:	Durante la entrevista se logró evidenciar los mecanismos que integran la dinámica familiar, asociado a los roles, la comunicación intrafamiliar, el proceso de comunicación, los mecanismos de afiliación, la formulación de estrategias para solucionar problemas. En esta familia se observa que los lazos familiares, muestran afectos, comprensión, solidaridad, compromiso y respeto.	

Diario de campo Nro 3.

Fecha: JUNIO -28-2016 Hora: 08: 00 am		
OBSERVACIÓN	DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS
Reconocimiento de espacios cotidianos.	<p>El día martes nos dirigimos por tercera vez a la casa de la Sra. María Luisa Leal llegamos en las horas de la mañana. Para conocer al sr. Miguel Ángel y continuar analizando el entorno familiar.</p> <p>Por medio del dialogo (Entrevista) se logra identificar lo que piensa acerca de la vejez y como fluyen sus relaciones familiares.</p>	<p>Nos recibe el sr. Miguel ángel con una actitud prevenida. Manifestada por el mismo. Debido a que en otras ocasiones han trato de robarles.</p> <p>Una vez aclaradas sus dudas. Se muestra atento y tranquilo durante el encuentro.</p>
Reflexión:	Realizado las entrevistas a la familia se logró establecer elementos enriquecedores, sobre la armonía, el cariño que se tienen y las sensibilización que integra para desarrollar ambientes de	

Anexo 6. Tomas fotográficas de la visita realizada al adulto mayor

**IMÁGENES DE LA PRIMERA VISITA.
20 de Mayo de 2016**





**IMÁGENES DE LA SEGUNDA VISITA.
17 de Junio de 2016**



Fallece el señor Gustavo.









Tercera Visita



